3. ANTHROPOLOGIE SOCIALE, CULTURELLE ET MÉDICALE

I. L'ANTHROPOLOGIE SOCIALE, CULTURELLE ET MÉDICALE AU CONGO ET AU ZAÏRE

APERÇU HISTORIQUE

1. Les débuts
2. Les acquis

ASPECTS MÉDICAUX

1. L'anthropologie médicale
   1.1. Le choc culturel pour les jeunes médecins occidentaux
   1.2. Les médecines alternatives
      1.2.1. Diversité des soins de santé
      1.2.2. La médecine traditionnelle africaine
2. Etiologie et divination
3. Le traitement par le rétablissement de l'ordre social
4. L'intégration dans la médecine classique
   4.1. Tentatives de l'OMS
   4.2. L'intérêt d'études approfondies
   4.3. Collaboration entre les médecines traditionnelles et modernes
5. L'intégration dans les soins de santé primaires

II. SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ TRADITIONNELS EN AFRIQUE CENTRALE: UN REGARD D'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

1. Aperçu des travaux d'anthropologie en Afrique centrale
2. La pluralité des soins de santé
   2.1. Cultes interrégionaux de guérison
   2.2. Tradipraticiens et grands rites de guérison
   2.3. Eglises de guérison
   2.4. Auto-médication
3. Le corps humain et la santé au regard de la culture
   3.1. La santé et les troubles du corps physique
   3.2. La pulsion vitale: vigueur, échange, étouffement
   3.3. La santé et la maladie du sujet social
4. Diagnostic, nosologie et étiologie culturelle de la maladie
5. Traitement
6. La cérémonie de fin des soins
7. Conclusions et perspectives

BIBLIOGRAPHIE

En trois quarts de siècle de développement sanitaire colonial, la population d'Afrique centrale a pu apprécier les avantages et les faiblesses de la médecine occidentale en comparant celle-ci à la médecine coutumière qui lui était familière. Les deux systèmes se sont employés à soulager les souffrances physiques et les misères psychologiques. Les différences essentielles tenaient au fait que le médecin européen disposait de moyens plus puissants contre les maladies graves, mais ne se souciait pas de rétablir le bien-être que constitue la réinsertion dans la famille et la communauté et auquel s'emploient les guérisseurs, les devins et les féticheurs.

Il était habituel d'éprouver les capacités et le champ d'intérêt des médecins au cours des premiers mois de leur activité. A cet effet, le personnel médical leur soumettait à la dérobée des affections ou des lésions, qui lui étaient bien connues, mais contre lesquelles il était désarmé. Ce test échappait totalement aux jeunes médecins conscients de leur supériorité; ils étaient incapables d'imaginer que des auxiliaires avec une formation élémentaire fussent à même de les évaluer. D'aucuns ont éventé le procédé et ont même pu mettre à profit l'étude de cette pathologie.

De cet état de choses, il s'est dégagé un équilibre tacite, mais implicite entre les deux médecines. Celuici n'était guère apparent parce que les guérisseurs ne demandaient qu'à poursuivre leurs activités dans une clandestinité qui leur était naturelle et les médecins trouvaient dans les interventions des guérisseurs matière à souligner leur propre importance. En outre, la pratique de la médecine traditionnelle ayant été admise dès le début de la colonisation, il n'y avait contre cette médecine parallèle aucun obstacle juridique.

L'indépendance a suscité une volonté bien compréhensible de remise en valeur des cultures africaines. Ce retour à l'authenticité a attribué à la médecine traditionnelle une place de choix. L'orientation a encouragé des guérisseurs à s'afficher ouvertement, en particulier dans les agglomérations. Le mouvement a entraîné des profiteurs habiles à se pousser dans ce marché non contrôlé et rentable. Une poussée d'automédication a rendu ce commerce encore plus profitable. La profusion dans l'offre de médications traditionnelles authentiques ou contrefaites a oblitéré la démarcation entre la médecine traditionnelle et ses émanations caricaturales.

Au cours de la période coloniale, la médecine indigène a fait l'objet de quelques investigations, tout particulièrement en ce qui concerne les plantes utilisées par les guérisseurs. Cet intérêt est lié à l'espoir classique de trouver parmi elles un nouveau remède miracle, dont la quinine reste le prototype. L'effort s'est vainement concentré sur des ingrédients présumés actifs contre la lèpre, les fièvres, les diarrhées. Par contre, les recherches ont permis d'établir un inventaire de ces plantes, lequel pourrait être exploité pour produire sur place la matière première pour des médicaments appartenant à la pharmacopée universelle et, subsidiairement, découvrir de nouveaux principes actifs.

Par contre, la médecine moderne n'avait encouragé d'aucune manière un intérêt pour les grands rites thérapeutiques traditionnels. L'anthropologie culturelle s'évertue actuellement à combler cette lacune. Dans un grand nombre de régions africaines, des recherches sont en cours sur les rituels pratiqués. Il est en effet intéressant de remonter aux sources de nos propres approches médicales en nous penchant sur certains fils conducteurs présents dans le fonds culturel africain.

La pertinence de cette recherche a été mise en évidence dans le domaine des maladies mentales et psychosomatiques. Ces troubles sont liés dans une large mesure au contexte existentiel socio-culturel, terrain qui est, tout comme ses frontières, peu ou pas défriché. Il s'agit du champ où se situent les manifestations les plus singulières et les moins explicables du bien-être de l'homme. L'humanité n'étant qu'une, certaines des associations de moyens médicaux modernes et traditionnels doivent nécessairement avoir une résonance plus large.

Un phénomène qui a pris au cours de ces dernières années une ampleur surprenante est la multiplication des églises de guérison. Elles émanent des mouvements syncrétiques, qui sous le régime antérieur avaient un cachet anticolonial et apologétique des valeurs traditionnelles. Ces mouvements messianiques se sont métamorphosés en des havres de transition pour le nombre croissant de déracinés des agglomérations urbaines et suburbaines. Ces communautés nouvelles leur offrent la possibilité de retrouver la sécurité de l'espace et des relations qui forment le milieu sécurisant, la source de l'indispensable pulsion vitale.

L'anthropologie explore le génie propre à chaque culture et transcende les aspects particuliers. Sa portée est en fait universelle.

I. L'ANTHROPOLOGIE SOCIALE, CULTURELLE ET MÉDICALE AU CONGO ET AU ZAÏRE

Lorsqu'on a forgé le terme «anthropologie», celui-ci avait un sens très général qui dissociait, tant en français qu'en anglais, la science de l'homme de la médecine et de la géographie. Pareille ampleur devait déboucher sur de nombreuses spécialités et des terminologies différentes.

Si l'anthropologie sociale et culturelle est devenue d'actualité, elle n'est pas pour autant nouvelle. On pourrait même faire remonter une pré-anthropologie aux sciences de l'altérité et aux auteurs de l'antiquité comme Hérodote, Xénophon (*Anabase*), Aristote, qui, en tant que précepteur d'Alexandre, a connu les peuples de l'Asie Mineure, du Moyen-Orient et de l'Inde. Pline l'Ancien, auteur de la première encyclopédie des sciences naturelles est peut-être le prédécesseur le plus intéressant. Après la période byzantine, il y a des auteurs arabes comme Mas'udi qui décrit dans *Les prairies d'or* les Africains et l'Afrique, et surtout le Berbère Ibn Khaldun (Maghreb), qui attire l'attention dans son *Histoire des Berbères* sur un déterminisme écologique. La Renaissance sera marquée par la découverte de mondes et d'horizons nouveaux. Les tentatives pour trouver des voies d'accès vers des îles à épices fera découvrir des sources exotiques dont l'étrangeté des habitants fascinera les navigateurs. Dans les relations des grands voyageurs, Houghton, Mungo Park, Horsmann, Cook, Bougainville et tant d'autres, la moisson de données anthropologiques sera très riche. La notion du «bon sauvage» et des remises en question de la valeur respective des civilisations occidentales et non-occidentales ne tarderont pas à poindre.

Dans le Danemark du XIX[e] siècle, le terme «ethnographie» décrit quant à lui les coutumes et les religions des peuples. L'acception évoluera peu à peu vers des études descriptives. Le risque était alors de verser dans l'exotisme et le folklore. Les moeurs et les coutumes des populations vivant sous des cieux fort différents entraînent facilement les observateurs à devenir des collectionneurs de différences au regard de leur propre narcissisme culturel.

En France, l'appellation «ethnologie» identifiait cette science à l'histoire des groupes humains (sociétés primitives ou traditionnelles) et des modifications dans le domaine linguistique. Après une période dominée par des discussions philosophiques et un retour à l'anthropologie (Broca), l'attention se fixera sur le besoin d'une synthèse des faits décrits parmi différents groupes ethniques, notamment leurs caractères anatomiques, physiologiques, sociaux et culturels.

Des frontières mal définies favoriseront la confusion dans la terminologie et les querelles de vocabulaire. Dans le monde anglo-saxon, l'ethnographie s'est tout d'abord dissociée de l'anthropologie pour englober à nouveau après quelque temps l'anthropologie sociale.

L'ethnologie va ainsi tenter de donner un sens aux données partielles résultant à la fois de la diversité des cultures et de la variabilité des êtres humains en fonction du milieu et du temps. Leur agencement dans un système bien structuré prendra du temps.

L'ethnologie est devenue un assemblage fort disparate de diverses disciplines pouvant néanmoins et de manière générale être réparties en sciences naturelles et sociales, chacune avec sa méthodologie propre qui permettra des comparaisons objectives. L'anthropologie sociale et culturelle englobe l'étude de la vie sociale et culturelle de communautés données, y compris la langue, la démographie, la production et l'échange, la réalité psychologique, les rites, la guérison, l'art et la musique. L'observation participante est l'attribut distinctif de l'anthropologie.

Dans les pays anglo-saxons et dans les publications internationales, le terme d'anthropologie socio-culturelle a prévalu. Dans le présent exposé, nous parlerons d'«anthropologie sociale et culturelle».

APERÇU HISTORIQUE

1. Les débuts

L'anthropologie sociale et culturelle ou l'ethnologie ne s'identifient comme telles que pendant la période coloniale et plus particulièrement pendant sa dernière phase. Cependant cette science a contracté une dette de reconnaissance à l'égard du travail d'observation patient et désintéressé de nombreux administrateurs, magistrats, officiers, missionnaires et médecins, qui ont souligné de cette manière leur réel attachement aux populations qu'ils devaient servir. Bon nombre d'entre eux se sont montrés capables de dépasser dans un souci d'objectivité leurs perceptions et points de vue propres afin de recueillir des données non expurgées ou amendées sur les comportements traditionnels. Ces observations, solidement étayées et poursuivies pendant longtemps, ont une valeur considérable et une autre facture que celles rapportées par des touristes ou des journalistes de l'exotique.

Cet acquis anthropologique couvre de très nombreux domaines: le droit coutumier (régime des terres, propriété), les coutumes en matière de mariage (lois d'exo- et endogamie, polygynie), les régimes matrilinéaires et patrilinéaires et leurs combinaisons, les naissances, la

gémellarité, les rites d'initiation, l'attribution de noms, les rites mortuaires (funérailles, sépulture), l'ontologie, le culte des ancêtres, les rites sacrificiels, les mythes et légendes, la magie, les totems, les tabous, les animaux domestiques, l'alimentation, la chasse, la pêche, les arts (sculptures, instruments de musique, coiffures, tatouages), les types d'habitation et leur agencement interne, c'est-à-dire l'ensemble des activités humaines. L'intérêt des chercheurs et leurs observations se rapporteront à l'un ou l'autre de ces aspects.

Il serait malencontreux de sous-estimer cet apport sous prétexte qu'il a été recueilli dans une perspective utilitaire et sous le régime colonial. Pour certains, ces données sont avant tout révélatrices des tensions et des conflits coloniaux et dès lors entachées d'ambiguités. En fait, ces observations sont inspirées du «Homo sum: humani nil a me alienum puto».

2. **Les acquis**

L'anthropologie sociale et culturelle belge a une longue tradition africaine; les collections ethnographiques du Musée d'Afrique centrale à Tervuren remontent à 1899.

L'Institut de Sociologie Solvay et plus particulièrement sa cellule Solvay-Congo, l'Institut Royal Colonial (1928) devenu en 1956 l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer, l'IRSAC, les fondations des universités belges (FOMULAC, CEMUBAC, FULREAC, GANDA-CONGO, les Instituts Africains des Universités belges, le séminaire pour l'histoire culturelle africaine de l'Université de Gand) ont animé de nombreuses recherches. Une pléiade de chercheurs et d'experts a contribué à rassembler des données inestimables, à les analyser et à en tirer des conclusions intéressantes. Leurs activités se sont encore multipliées au cours de la période post-coloniale et jouissent d'une réputation internationale enviable.

La géographie humaine, ou anthropo-géographie, énumère les faits et porte ces données d'observation sur les cartes. La récolte de telles données parmi les sociétés traditionnelles ou pré-industrielles s'est faite au cours de voyages d'exploration et d'enquêtes. Elles n'acquièrent toute leur signification qu'à mesure où elles sont confrontées au cadre géographique et biologique, c'est-à-dire dans le paysage où vivent ces sociétés. Les hommes modifient d'ailleurs leur espace vital par leurs habitations et leurs activités diverses. C'est le rôle du géographe de démêler les rapports entre le cadre naturel et le mode de vie, de poser les questions idoines pour établir les causes et leurs motivations, pour émettre des hypothèses de travail et proposer des solutions. Cette conception élargie est celle du géographe moderne et est à la base de la géographie humaine. Cette approche augmente forcément les points de contact avec d'autres disciplines, notamment la sociologie, l'économie, la linguistique, l'histoire, les grands problèmes de santé, etc.

Cette géographie appliquée se distingue de l'ethnologie et de la sociologie tout en ayant avec elles des liens si nombreux qu'il est parfois difficile d'en fixer exactement les limites.

ASPECTS MÉDICAUX

Ce domaine scientifique relativement neuf se définit malaisément parce qu'il embrasse les sciences naturelles et sociales indispensables pour situer l'homme physique et culturel dans une diversité où tout se tient. L'anthropologie sociale et culturelle doit donc prendre en considération nombre de domaines limitrophes allant de l'anatomie à la sociologie en passant par la psychologie, la linguistique, l'économie, etc.

1. **L'anthropologie médicale**

Personne n'ignore l'existence de par le monde de médecines dites parallèles, qui font d'ailleurs l'objet d'un battage médiatique soutenu. La médecine «régulière», ou «orthodoxe», s'élève fermement contre toutes les formes dites aberrantes. Toutes les médecines sont nées d'un instinct propre à l'homme de soigner et de prévenir les maladies. Elles ont connu et parcouru une évolution marquée au cours des siècles. Les règles fondamentales de la praxis médicale sont issues des rites et des pratiques de la médecine archaïque. La médecine orthodoxe a toujours été liée au cours de l'histoire aux conceptions du temps, mais une attitude hostile aux pratiques antérieures est restée constante.

1.1. *Le choc culturel pour les jeunes médecins occidentaux*

Il n'est guère surprenant que le médecin colonial, au moment où la médecine était propulsée par l'enthousiasme que suscitaient la microbiologie en pleine expansion et la chimiothérapie naissante, qui faisait miroiter la découverte prochaine de l'arme absolue contre les maladies transmissibles, se soit détourné de la médecine archaïque traditionnelle. De plus, la mission civilisatrice que ces médecins s'étaient assignée signifiait occidentaliser, acculturer et éradiquer les coutumes et pratiques néfastes. Il est heureux et frappant de constater que les gouvernants et les législateurs du Congo belge aient eu la sagesse de reconnaître la présence de guérisseurs traditionnels et d'accepter que ceux-ci poursuivent leurs activités, sans autre entrave que les règles internationales sur l'ordre public.

1.2. *Les médecines alternatives*

Une comparaison entre la médecine orthodoxe et les médecines traditionnelles, ou de la biomédecine avec les médecines parallèles, ne peut ignorer qu'elles ont une même origine: l'angoisse de l'homme devant la maladie et la mort.

1.2.1. *Diversité des soins de santé*

Guérisseurs et rebouteux sont universels; leur présence comble les faiblesses réelles ou présumées de la technologie médico-scientifique et les insatisfactions qui en résultent. Cette médecine alternative se pratique dans la sphère de la pensée archaïque qui met l'accent sur la force vitale, sa dynamisation, l'intervention d'ondes magnétiques ou cosmogéniques et autres formules similaires. Ces techniques appartiennent à des praticiens disposant d'un «charisme» pour les exercer. Un grand nombre de ces pratiques se réclament d'une médecine dite naturelle évoluant sur un substrat doctrinal qui préconise un retour à la nature. Cette médecine se rattache à la médecine d'Hippocrate dans son contexte de diète, jeûne, abstinence, visant à limiter la présence dans l'organisme de déchets métaboliques et de promouvoir l'évacuation de ces résidus par la sudation, les purgations, les saignées, bref, à rétablir un équilibre troublé.

Le nombre des médecines alternatives dépasse la centaine et ne cesse de s'accroître. Elles refleurissent régulièrement sous des formes et des dénominations attirantes. L'inventaire s'allonge sans cesse en particulier dans les pays industrialisés: acupuncture, anthroposophie, astrologie, auriculothérapie, chiropraxie, clairvoyance, imposition des mains, iridoscopie, etc.

Contrairement à l'opinion courante, la clientèle de cette médecine n'est pas constituée par des ouvriers et des paysans, mais par des cadres dirigeants, des industriels, des négociants, des employés.

Une partie de la médecine naturelle se pratique à l'ombre de la médecine orthodoxe: hydrothérapie, balnéothérapie, système Kneipp, diètes du type Moerman. Il est souvent malaisé de déterminer la quote-part de déviationnisme dans ces pratiques. L'homéopathie de Hahneman est celle qui tend le plus à se rapprocher de la biomédecine. Son assise est peu solide parce qu'elle procède de thèses fallacieuses, mais elle apporte des éléments importants: le soin apporté à l'examen du malade crée une atmosphère de confiance et devient la preuve complémentaire de l'existence de l'effet placebo qu'on observe au cours des expériences thérapeutiques correctement programmées: 35 à 40% de résultats positifs sont obtenus lors du contrôle utilisant des substances inertes et d'ailleurs 70 à 80% des maladies guérissent spontanément.

On peut se demander où il faut classer la psychanalyse freudienne et jungienne. Il est probable qu'une partie du succès des médecines parallèles soit à chercher dans les tendances anti-culture, anti-science, anti-technologie; la recherche de modes de vie alternatifs se rapproche en effet d'une saine écologie et d'un renouveau général qui cherche à combattre la dépersonnalisation qu'entraîne une certaine production et consommation de masse.

L'OMS, dont la vocation est universelle, cherche à uniformiser à l'échelle mondiale les doctrines et les techniques de santé publique. Toutefois, l'extrême diversité des situations, des attitudes culturelles et les moyens budgétaires sont autant d'obstacles qui s'opposent à l'application de ce programme. Dès lors, vouloir assimiler sous une seule dénomination la médecine traditionnelle africaine, la médecine chinoise, ayurvédique, Unani Tibb et la médecine archaïque des curanderos latino-américains serait une erreur fondamentale.

D'un autre côté, considérer que de nombreux pays du Tiers monde n'ont pas d'autre recours que la médecine traditionnelle tient du sophisme car cela revient à légitimer tous les guérisseurs. La démarche qui consisterait à assimiler des charlatans à de vrais professionnels ne pourrait que profiter aux imposteurs et aux aventuriers.

Les collectivités rurales n'avaient en rien besoin qu'on identifie pour elles les pratiques de la médecine ancestrale et qu'on les distingue de la magie ou de la sorcellerie. Cependant la prolifération de marchands de «gris-gris» dont les étals dans les marchés défient l'imagination (détritus végétaux, plumes, os brisés, crânes de singes, carapaces d'insectes, tessons de poteries, poudres, etc) risquait de porter ombrage à une médecine qui a des racines culturelles indéniables.

La médecine chinoise peut invoquer une expérience codifiée dans les *Canons de la médecine* ou *Nei-Ching*, rédigés cinq siècles avant notre ère. Elle est basée sur quelque 300 symptômes réclamant des examens très élaborés, des prescriptions d'hygiène, des techniques comme les moxas et l'acupuncture. Elle est pratiquée par plus de 300 000 praticiens formés dans des instituts et exerçant leur métier dans plus de 500 hôpitaux ou dans les hôpitaux allopathiques qui ont une section réservée à la médecine traditionnelle. Ces dispositions facilitent les contacts avec la biomédecine; il en résulte des découvertes très utiles comme celle de l'antipaludique qinghaosu, dont les principes actifs ont été isolés par des méthodes pharmacologiques modernes et évalués selon des méthodes scientifiquement irréprochables.

La médecine ayurvédique inscrite dans le mode de vie indienne se pratique depuis près de 3 000 ans. La documentation écrite est moins ancienne. Elle se trouve consignée dans les stances de Charaka et de Shushruna. Une upanishad contient la doctrine de la médecine traditionnelle indienne. Le diagnostic repose sur un examen ponctuel très attentif et rigoureux; il a déterminé une subdivision en diverses branches ou spécialités: médecine interne, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, ORL, psychologie, gériatrie, toxicologie. Les praticiens

se répartissent en trois catégories: le guérisseur de formation artisanale, les praticiens ayant eu une formation étendue pendant 3 à 5 ans dans un des quelque 150 collèges ayurvédiques, et le médecin orthodoxe ayant acquis une formation complémentaire en médecine ayurvédique. L'exercice des deux médecines côte à côte présente des avantages réciproques. Dans le sous-continent indien, il existe bien entendu encore d'autres variétés de médecine traditionnelle, comme le Siddha, médecine astrologique d'origine dravidienne.

Dans les pays islamiques, en particulier au Pakistan et en Arabie, une tentative de renouveau de la médecine est en cours. «Unani Tibb» se fonde sur la médecine arabe, héritée des Grecs, datant des XIe et XIIIe siècles. Ces praticiens sont formés dans des collèges où l'enseignement repose sur cinq volumes du Canon d'Avicenne et les écrits d'Averroès et de Maïmonide. C'est un nouveau retour à la théorie des quatre humeurs et des quatre tempéraments. Les guérisseurs traditionnels dont les prescriptions commencent par le «Hovash lafi» (Dieu est le guérisseur) et s'inspirent des sourates coraniques sont toujours consultés.

Au Pakistan, huit écoles ont formé 6 000 praticiens, noyés parmi plus de 350 000 non diplômés. L'étendue de leurs connaissances sur les plantes médicinales est remarquable.

1.2.2. *La médecine traditionnelle africaine*

Examiner dans quelle mesure la médecine traditionnelle africaine permet de retrouver des racines de notre biomédecine amène à déceler des composantes humaines fondamentales utiles à la pratique de la médecine moderne dont la base scientifique risque de minimiser les aspects humains.

Les médecins de formation classique ont adopté vis-à-vis de ces rebouteux, dénommés actuellement tradipraticiens, l'attitude méprisante fondée sur le préjugé habituel de toute corporation; cette attitude sert aussi de prétexte pour insister sur les risques inhérents à l'utilisation de «médicaments indigènes» de composition secrète, variable et incontrôlable. C'est également une échappatoire pour les frustrations provoquées par les échecs inévitables du traitement des cas graves présentés tardivement.

a) Les plantes médicinales et les pratiques spectaculaires

Il est notoire que les rares observations consacrées à la médecine traditionnelle se soient limitées au domaine de la thérapeutique et à la description de techniques insolites rentrant dans le cadre d'un folklore exotique.
1°) Le premier volet s'occupe des *plantes médicinales* et de leurs différentes méthodes d'administration. Cet intérêt couvre l'espoir de découvrir au départ de cette matière première un produit actif nouveau comme ce fut le cas pour les médicaments d'origine latino-américaine.
2°) L'autre volet concerne des *procédés spectaculaires* et ingénieux tels l'utilisation de pinces de fourmis pour la fermeture de plaies, la pose de ventouses inédites, les scarifications et tatouages en relief, l'évacuation de liquides pathologiques à l'aide de la tige intérieure non souillée d'herbe d'éléphant taillée en biseau et introduite par une incision cutanée faite à l'aide de pointes de flèches ou de lances rougies au feu. Certains guérisseurs babira étaient passés maîtres dans l'évacuation d'effusions pleurales par cette technique.

b) Le terrain psychosomatique

La valeur incontestable de la médecine traditionnelle s'est concrétisée dans le domaine des maladies psychosomatiques. Les possibilités de la médecine occidentale sont, en cette matière, limitées en gros aux affections ayant une base organique, la maladie du sommeil en est le prototype. Le terrain psychosomatique échappe par contre entièrement aux psychiatres européens qui ne possèdent au mieux qu'une connaissance imparfaite et déformée des mentalités et des coutumes africaines. La projection des problèmes individuels dans le collectif est une situation où le médecin occidental ne parvient pas à prendre pied solidement.

Les soins psychiatriques traditionnels ont été reconnus assez rapidement par l'opinion occidentale, non tant dans ses aspects fondamentaux que dans ses résultantes spectaculaires. Les termes «amok», «latah», «koro» répondent parfaitement à l'attente de ceux qui sont atteints par le démon de l'exotisme.

L'analyse approfondie de cas concrets conduit au constat de l'insuffisance des observations, qui entraîne inévitablement des interprétations contradictoires. Elles confirment que l'approche occidentale est auto-limitative parce qu'elle se contente trop exclusivement de données extérieures qui ne donnent qu'une vue fragmentaire du problème. A l'opposé, les relations guérisseur-malade trouvent leurs racines dans le contexte socioculturel qui garantit une approche holistique, la seule qui soit efficace dans cette société.

Le problème fondamental du normal et de l'anormal en fonction du comportement général est ainsi posé. Les désadaptations et les déviations par rapport à ce comportement général dans une communauté donnée peuvent entraîner des troubles mentaux dont la subtilité avec une apparence d'irrationalité dépasse la compréhension de psychiatres formés à l'occidentale. A ce stade, il importait d'aller plus loin dans la compréhension des problèmes fondamentaux, car la mise au point de nouveaux médicaments à action psychotrope plus large ne sera jamais qu'un facteur adjuvant.

c) Recherches sur le substrat culturel

Récemment des ethnologues se sont évertués à rechercher les bases générales des systèmes de médecine traditionnelle en vue d'arriver non à une vue d'ensemble, mais à une meilleure compréhension de leur insertion

dans les principes coutumiers. Le substrat de cette médecine est composite, car il englobe la maladie et les moyens thérapeutiques tels qu'ils sont perçus par les personnes, mais il s'y ajoute l'intervention de coutumes et de pratiques sociales ou politiques.

Les contributions récentes relatives à des cultures zaïroises de G. Bibeau (1982) sur la médecine Ngbandi et de R. Devisch et Mbonyinkebe Sebahire (1985) sur celle des Yaka apportent des données fort utiles pour mieux comprendre le substrat culturel de la médecine traditionnelle.

Les conceptions de groupes culturels du Mali et de l'Uganda éclairent elles aussi ces racines culturelles.

1° Les *Bambara* (Mali), qui utilisent une approche cosmologique ou symbolique basée sur l'équilibre entre les quatre éléments; ceci illustre bien l'antiquité de cette diversité de conception. Un équilibre entre les quatre éléments d'Empédocle, dont on peut retrouver la source dans la médecine sumérienne, influencera la pensée d'Hippocrate et dominera la pensée médicale occidentale jusqu'au XIXe siècle. Les Bambara associent ainsi l'air aux troubles de la peau et des voies respiratoires.

2° Le système médical *baganda* rattache les maladies à certaines parties du corps et leur classification se fait selon trois dichotomies apparues spontanément ou envoyées par les esprits, banales ou graves, d'origine étrangère ou kiganda. Par contre, les Shonas (Zimbabwe) arrêteraient le nom de la maladie sur le seul critère des symptômes qui apparaissent.

Cette option, dite bio-culturelle, sélectionne les dénominations dans un cadre pluridimensionnel et sur la base de six éléments: la localisation des plaintes (par exemple la peau), une apparence rappelant certains éléments du milieu végétal ou animal (écailles de poisson, peau de cochon), une dépendance de symptômes et de signes (démangeaisons, insensibilité et lèpre), une relation causale (suées, baignade, châtiment envoyé par les esprits), une corrélation avec le mode de traitement (torticolis et fer de lance), le non respect d'une règle générale (par exemple la reprise prématurée des relations sexuelles après une naissance).

Ce système visant à établir une causalité ne manque pas d'intérêt car, dans sa recherche de l'origine du mal, il distingue le «comment» du «pourquoi»: la première question se concentre sur tout ce qui tombe sous les cinq sens, la seconde sur l'intervention du socio-culturel et de l'extrahumain.

3° Le système médicinal *Ngbandi* dissocie d'une façon surprenante, mais sans équivoque, les maladies et les plaintes banales. Ces dernières relèvent exclusivement de la thérapeutique familiale et s'inscrivent ainsi dans une pratique universelle. La maladie par contre transcende le trouble purement corporel, pour s'insérer dans un ensemble où voisinent le socio-culturel, la politique et les croyances. Cette situation complexe se répartit sur quatre niveaux en relations étroites, à savoir la nosologie, la causalité, la connaissance de la personne humaine et les pratiques thérapeutiques.

La perception des principes cognitifs fondamentaux est à rechercher dans les données linguistiques ou ethnosémantiques et les modalités du comportement. Ces données dévoilent immédiatement que pour les notions Ngbandi de maladie, médicament, soins, guérison, il n'existe aucun nom équivalent en médecine occidentale. La maladie est non seulement une atteinte du corps, mais également de la vie journalière: guérir signifie remettre en ordre. Le guérisseur purifie et guérit. Les produits thérapeutiques peuvent être des plantes médicinales, mais aussi des produits d'origine animale, des corps inorganiques ou encore des objets protecteurs appartenant aux pratiques rituelles (amulettes).

Les Ngbandi donnent à la maladie un nom qui associe des éléments biomédicaux et psycho-socio-culturels. Une nosologie basée sur des éléments si variés est d'une richesse plutôt déroutante. En fondant la terminologie et la classification des maladies sur une association de symptômes et de causes au lieu de les lier à l'étiologie, une grande disparité de noms pour une seule et même maladie devient inévitable. Le vocabulaire Ngbandi compte ainsi plus de mille noms de maladies.

L'approche Ngbandi de l'étiologie mérite qu'on examine les démarches qui conduisent à leur grande complexité. La chaîne des spéculations débute par une «cause initiale» qui peut être un acte de l'intéressé lui-même: le non respect de tabous, les infractions à la coutume, l'insubordination au chef de la famille ou de l'ethnie, le vol, le refus de partage, la jalousie, la colère, etc. Ces diverses fautes déclenchent la réaction de l'«agent causal» qui est un esprit surnaturel, c'est-à-dire celui d'un ancêtre, soit un esprit de l'eau ou de la forêt, selon qu'il s'agisse d'un conflit avec la hiérarchie familiale ou ethnique ou plutôt entre égaux (cf. p.52). Ces esprits activent l'agent causal plus ou moins apparent. C'est de leurs interrelations que se dégagera un «axe étiologique». Il est remarquable que le processus débute au niveau socio-psychologique pour évoluer vers une étiologie médico-biologique.

La mise en relief de l'existence de facteurs méta-empiriques (esprits, magie) offre à l'intéressé la possibilité de transférer un conflit interne à un agent extérieur, ce qui constitue pour beaucoup une aide appréciable dans la voie vers la guérison.

L'intervention de l'agent causal s'étale sur un large registre: les esprits naturels font naître une anxiété, les esprits surnaturels un sentiment de culpabilité, l'envoûtement provoque de l'agressivité, la sorcellerie, l'envie et la jalousie. La magie dispose de pratiques capables de surpasser tous les autres moyens, mais n'est pas à l'abri d'un choc en retour.

4° Ces axes étiologiques se retrouvent chez les *Yaka du Nord*. Les affections qui tombent sous le sens commun n'ont pas d'étiologie particulière et trouvent leur solu-

tion dans des traitements symptomatiques. Cependant, des plaies, des accidents de chasse, etc. peuvent être interprétés comme des «maladies-malheurs» ayant un rapport avec une influence maléfique; dès lors la maladie est du ressort du groupe familial qui fera appel à des dispositifs divinatoires et oraculaires. Les modalités du diagnostic divinatoire ont fait l'objet d'études extensives (R. Devisch, 1985; 1991).

2. **Etiologie et divination**

Le devin est sélectionné selon des critères sévères et soumis à une initiation selon des prescriptions bien définies. Le choix d'un candidat acceptable pour remplacer un devin décédé dépend de sa capacité d'entrer en transe ou d'être possédé et d'être entré en contact avec l'ancêtre pendant le sommeil; la prédisposition à des crises épileptoïdes et au somnambulisme constituent des préjugés favorables. Le candidat est soumis à une initiation d'une durée de neuf mois sous la direction d'un maître-devin et sous le contrôle de patients anonymes chargés de s'assurer que le candidat dispose de capacités de clairvoyance en l'absence de toute fraude. Le candidat devra être capable d'identifier lors de l'épreuve finale l'«objet médiateur» qui a été placé en contact avec le corps du client absent et de déceler les coordonnées élémentaires de la consultation. Il devra ensuite être capable d'appliquer une grille étiologique aux messages oniriques. Au niveau de l'interprétation, il sera plongé dans l'ethos du lignage, des délicates filiations patrilinéaires avec leurs statuts et leurs privilèges sociaux, ainsi que de l'ascendance matrilinéaire remontant à trois générations.

L'oracle peut retourner au passé et y révéler les actes délictueux, les méfaits, les malédictions et émettra un jugement sur les différentes étapes de la vie; il décidera des compensations à fournir aux ascendants du réseau utérin et notamment à l'avunculat exercé par l'oncle primaire.

3. **Le traitement par le rétablissement de l'ordre social**

Le traitement visera à réagencer les divers éléments naturels et surnaturels pour rétablir l'ordre social traditionnel.

La «causalité» de la maladie est polyvalente et la filiation de son origine ne connaît guère d'équivalent en médecine occidentalisée. La cause du mal relève du social et de la cosmologie, et a son origine dans une activité prohibée par la coutume, ou dans un affaiblissement de la force vitale, ou son annulation. Une étiologie médico-biologique quand elle est acceptée, reste cependant subordonnée à la causalité initiale socio-psychologique.

La détermination de la cause relève de la divination et du rite; le devin est à l'écoute du malade dans sa totalité physique, mentale, affective dans ses relations sociales et soumis aux influences cosmologiques. A cet effet, il est fait usage d'incantations, de danses, de fumigations, de transes et autres rites.

La thérapeutique comporte différents niveaux. La voie est ouverte par une intervention de l'oncle maternel qui règle le problème des dettes, libère les fautes rituelles et la non observation des tabous, lève les malédictions. Après quoi, il est fait appel au thérapeute. Il sera en principe un malade guéri et capable de reproduire l'expression de la maladie en question en entrant en transe, d'établir un lien formel avec le patient et de guérir à l'aide des procédés qui l'ont guéri lui-même.

Sans entrer plus loin dans les détails, il semble pour le moins improbable qu'un médecin occidental soit capable de s'intégrer dans un processus aux normes négro-africaines si contraignantes.

Le devin passe pour compétent dans un grand nombre de problèmes. Ainsi est-il consulté pour une maladie rebelle, maligne et présumée mortelle, pour des troubles de la procréation, pour la stérilité, pour des maladies cutanées, un amaigrissement conséquent et rapide, en cas de malchance à la chasse, pour améliorer les chances de trouver un emploi, à l'occasion d'incendie ou de vol, etc. Le retour à la normalité passe par l'application judicieuse de la «loi de l'échange», autrement dit la compensation par un don.

4. **L'intégration dans la médecine classique**

Cet énoncé n'a levé qu'un petit coin du voile qui recrouvre les problèmes d'anthropologie médicale, et fait apparaître que la pratique médicale, en dehors de l'ethno-psychiatrie, pourrait utilement connaître ces pratiques ancestrales. Il n'est en effet jamais superflu de pouvoir projeter des problèmes humains sur des plaintes. Toutefois, un grand nombre d'enquêtes dans différentes sociétés seront encore nécessaires pour dégager les règles générales de cette médecine. Il faudra en plus confronter ces données avec la pensée médicale moderne telle qu'elle s'est développée au cours de l'histoire et rechercher les adaptations possibles pour la médecine d'outre-mer.

4.1. *Tentatives de l'OMS*

L'OMS est d'avis que le monde en voie de développement a besoin d'une synthèse de la médecine traditionnelle et moderne. Ce processus est en cours pour diverses formes de médecine orientale qui disposent d'instituts de formation où l'enseignement se fait sur base de «canons» appartenant à chaque forme de médecine traditionnelle. Le substrat qui permettrait une opération de synthèse de la médecine traditionnelle africaine est malheureusement inexistant.

Le renouveau d'intérêt pour les remèdes traditionnels, en particulier les plantes médicinales, prôné par l'OMS,

couve ainsi l'espoir de promouvoir la découverte d'un ou de plusieurs médicaments «miracles». Cela répond à l'attente des pharmacologistes occidentaux, toujours à l'affût de nouvelles molécules inédites: le serpasil en est un exemple et l'antipaludique traditionnel chinois, le qinghaosu, a ouvert la voie aux dérivés de l'artémisine. L'usage mexicain d'appliquer des toiles d'araignées sur le cordon ombilical fait cependant froncer les sourcils même si on mentionne que les fils auraient une propriété antibiotique.

L'OMS rêve également d'intégrer les tradipraticiens dans les soins de santé primaires et envisage de recycler les guérisseurs dans cette optique. Cette prise de position réclame deux conditions préalables: préciser le type de guérisseur recherché et obtenir leur accord.

4.2. *L'intérêt d'études approfondies*

L'intérêt majeur d'une connaissance approfondie et objective de la médecine traditionnelle réside sans aucun doute dans les possibilités qu'elle offre pour remonter à la source même de l'attitude de l'homme vis-à-vis de la maladie et de la mort. En médecine mentale, la faisabilité d'une collaboration a été mise au point. Pour les autres problèmes, une base réaliste de coopération n'a pas encore été ébauchée. Entretemps, le concept de «maladie» et les principes de «causalité» pourraient fournir matière à réflexion pour la pathologie générale.

La richesse de l'expérience ancestrale retient à juste titre l'attention de l'anthropologie médicale. Ses observations ont permis d'établir que le point capital du mode de pensée archaïque est que la maladie est liée d'une manière invétérée à une cause. La maladie recouvre diverses formes d'altération de la santé: atteinte générale de l'organisme, mal localisé à une zone du corps, malaises ou indispositions légères. La maladie n'est pas un concept isolé répondant à une étiologie limitée et précise, mais une altération de la santé à caractère familial et social. La médecine traditionnelle a comme terrain d'action des troubles sérieux, souvent d'évolution chronique. Son identification et la description de la maladie précèdent la recherche de la cause.

Des efforts pour reconnaître les activités des guérisseurs et les faire pratiquer par des médecins des régions tropicales ont produit des résultats. Le médecin qui exerce dans un milieu coutumier n'ignore pas que, sauf en cas d'urgence ou de coercition, aucun malade ne vient le consulter pour une maladie grave ou chronique sans avoir obtenu l'aval du devin local. Les tradipraticiens s'occupent tout particulièrement d'affections chroniques, contre lesquelles la biomédecine ne dispose que rarement de procédés efficaces qu'elle possède dans les affections aiguës, ou de maladies pour lesquelles l'orthopraticien ne montre aucun intérêt. Ceci prouve que l'on peut, sans empiéter sur le terrain du voisin, apporter à la communauté les soins qu'elle souhaite.

4.3. *Collaboration entre les médecines traditionnelles et modernes*

a) Les maladies mentales pour lesquelles le médecin des régions tropicales se sent incapable d'interpréter correctement les implications socio-culturelles ont constitué le champ d'élection pour une rencontre constructive de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne. Les critères et les frontières de cette collaboration ont été aisément établies et le passage de l'hôpital au village du guérisseur se fait sans difficultés. Pour le moment, aucun autre terrain médical ne se dégage où une collaboration serait utile et souhaitable. La synthèse préconisée par l'OMS n'est pas pour demain, à supposer qu'elle soit réaliste.

b) Les guérisseurs disposent d'une légitimité traditionnelle dans leur collectivité. Une reconnaissance officielle ne constitue qu'une satisfaction formelle, et ils n'ignorent pas plus que leurs homologues européens que la clandestinité garantit une bonne rétribution.

Il est impossible de prévoir dans quelle mesure des guérisseurs qualifiés vont accepter d'intégrer leurs activités dans une organisation de soins de santé primaires, ce qui aura un attrait certain pour des aventuriers et des marchands d'orviétan.

c) Certains phytothérapeutes (voir le chapitre Plantes médicinales) se sont montrés compréhensifs et ont fourni des matières premières et des indications sur le mode d'emploi de leurs préparations moyennant rétribution. Comme ils n'ignorent pas que le dosage de leurs poudres, breuvages et lavements est un de leurs points délicats, ils espèrent se garantir contre ce risque en recevant des indications plus précises sur les dosages. Il n'est pas impossible qu'ils entrevoient qu'au cas où l'une ou l'autre de leurs plantes médicinales renfermerait un produit recherché par l'industrie pharmaceutique, ce besoin de matériel ouvrirait un large débouché économiquement intéressant.

d) Les rebouteux qui réduisent fractures et luxations, qui ponctionnent des plèvres, extraient le ver de Guinée et parfois les puces djiques ou les myiases et traitent des plaies ne s'opposeront sans doute pas à l'amélioration de leurs résultats grâce à l'usage de désinfectants externes et internes. Leur place dans les soins de santé primaires n'est pas pour autant prioritaire.

e) Les matrones ont compris depuis longtemps que la sacoche «Unicef» ou des secours similaires présentait de sérieux avantages pour la conduite des accouchements, où apparaît la concurrence avec des accoucheuses du service officiel. Améliorer les conditions d'hygiène en disposant d'une toile plastifiée lavable, de ciseaux, de ligatures pour le cordon, de désinfectant et de savon relève leur standing et assure une pratique plus rémunératrice. Il est en outre évident qu'il est possible d'obtenir

leur collaboration pour la vaccination antitétanique: l'exemple de la Sierra Leone le prouve.

5. **L'intégration dans les soins de santé primaires**

L'intégration de tradipraticiens dans les soins de santé primaires réclame en premier lieu que l'OMS spécifie le ou les types de guérisseurs qui seraient des candidats souhaitables pour cette collaboration en région centrafricaine.

L'acupuncture chinoise qui fait partie du programme de plusieurs écoles de médecine aux Etats-Unis et en Europe, ou les praticiens ayurvédiques ambulants en Grande-Bretagne ne semblent pas des exemples très encourageants. Des rapports techniques de l'OMS plus récents aideront sans doute à mieux préciser les limites et les besoins de l'intégration.

Entretemps, les instituts pour la recherche dans le domaine des médecines traditionnelles se multiplient. Ils recueillent des données et du matériel thérapeutique. Mais les titulaires changent trop fréquemment pour qu'une continuité soit assurée. L'essentiel est que ces instruments existent, leur utilisation progressera inévitablement.

Le besoin le plus urgent est la multiplication d'enquêtes du type de celles que rapportent, dans leur contribution, R. Devisch et Mbonyinkebe Sebahire.

P. G. Janssens

II. Systèmes de soins de santé traditionnels en Afrique centrale: un regard d'anthropologie médicale (*)

Le souci d'évaluer la contribution potentielle des soins de santé offerts par les tradipraticiens à la communauté rejoint la question de la valeur curative et préventive des savoirs et des pratiques populaires de santé que se posent les responsables de la santé des jeunes nations de façon de plus en plus pressante. Les soins des guérisseurs traditionnels ou tradipraticiens s'enracinent dans des coutumes millénaires et constituent comme celles-ci très souvent le cœur même de la culture populaire. Elles sont appelées abusivement médecines «parallèles» par référence à la médecine biologique de type occidental, qui est d'introduction récente en Afrique centrale. Pour cette raison il est impossible de comprendre un système de soins hors de la culture africaine où il trouve son sens. L'anthropologie médicale doit donc s'élaborer dans une perspective anthropologique holistique.

Dans de nombreux pays d'Afrique notamment, on prend conscience que le fonctionnement d'un plan national de santé ne peut pas seulement s'appuyer sur la médecine biologique, mais doit aussi intégrer les apports positifs de la médecine traditionnelle (Akerele, 1984). La collaboration entre les systèmes de soins de santé populaires et les institutions biomédicales, dites modernes, s'inscrit dans les grandes options du Comité africain de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, session de 1976, Kampala, Résolution WHA 28.88) autour du thème: la médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique. «Etant donné que tous les villages d'Afrique possèdent leurs guérisseurs, plusieurs (pays) en sont venus à se demander si les guérisseurs ne pouvaient pas être transformés, à peu de frais, en agents de santé primaires» (Bibeau, 1984, p. 99).

Parallèlement, au Zaïre, deux résolutions du deuxième congrès ordinaire du Mouvement Populaire de la Révolution (MPR, novembre 1977) expriment le même souci de «soutenir les programmes de recherche axés sur la revalorisation et la réhabilitation de la médecine traditionnelle dans ses rapports de complémentarité avec la médecine moderne» et de «prévoir au sein du département de la santé publique un service chargé de la promotion de la médecine traditionnelle» (Bibeau, 1982a). C'est là indéniablement un pas capital dans le «recours à l'authenticité» que prône le MPR.

Auparavant, les gouvernants et les législateurs du Congo belge avaient eu le bon sens de reconnaître la présence de guérisseurs traditionnels, précisant qu'ils pouvaient poursuivre leurs activités en se soumettant aux règles internationales sur l'ordre public (**). Ceci ne préjuge pas pour autant de l'attitude du corps médical ou des missionnaires à l'égard des «médicaments indigènes» et des «féticheurs» (M'Bokolo, 1984).

Le présent exposé donnera un aperçu des travaux d'anthropologie menés en Afrique centrale, puis décrira les systèmes de santé qui y coexistent en dehors de la médecine occidentale. Il est encore trop tôt pour discuter des modalités d'articulation entre ces systèmes traditionnels et l'organisation des services de santé officiels.

1. Aperçu des travaux d'anthropologie en Afrique centrale

C'est dans la foulée de l'idéologie évolutionniste qui marque l'Occident au temps de l'expansion coloniale que l'anthropologie connaît son véritable essor. Toutefois, «rien ne serait plus faux que tenir l'anthropologie pour le dernier avatar de l'esprit colonial» (Lévi-Strauss, 1973, p. 43). Par une participation prolongée à la vie du groupe qu'ils étudient, nombre d'anthropologues réussissent sans aucun doute à comprendre en profondeur des modes de vie et à les décrire «de l'intérieur». Ainsi, l'anthropologie ne cesse de contribuer à la connaissance de la complexité des systèmes culturels, des organisations sociales et des systèmes de santé, et par le fait même elle remet en cause les thèses évolutionnistes. Ainsi l'anthropologie remet en question la confiance en la supériorité technique et paradoxalement les cadres de pensée qui, initialement, lui ont servi de fondement.

Pour l'Afrique centrale, dès 1920, de volumineuses études, analysées par Vansina (1966), sont l'œuvre d'ethnographes autodidactes: administrateurs, magistrats, officiers, missionnaires qui par leur travail patient d'observation et d'enquête marquent leur attachement aux populations qui les ont reçus. Par la suite les travaux sont ceux d'ethnologues professionnels; ils sont également présentés par Vansina (1966). L'Institut pour la Recherche Scientifique en Afrique Centrale (IRSAC) coordonne de nombreuses recherches et jouit rapidement d'un prestige international. La revue *Aequatoria* (1938-60; 1981—) présente des travaux sur la culture Mongo.

(*) C'est au Kwaango du Nord que, de janvier 1972 à octobre 1974, R. Devisch a été l'hôte de la population du groupement taanda, à quelque 450 km au Sud-Est de Kinshasa. Cette recherche a été complétée à Kinshasa depuis 1986 par des séjours annuels de quelque 7 semaines et au Kwaango depuis 1991. La recherche a été financée par l'Institut pour la Recherche scientifique en Afrique centrale et par le «Belgisch nationaal fonds voor wetenschapelijk onderzoek».

(**) Ministère de la Justice, Codes et lois du Congo Belge, vol.III: Matière sociale et économique, Section Art de guérir, Article 15, p. 616. Cette section du code colonial inclut le décret 19/3/52 publié comme ordonnance 71/81 par le gouverneur général le 2.12.58, ainsi que l'ordonnance 41/81 du 2.12.53. Bibeau (1982a; 1984) esquisse l'évolution récente de cette loi.

D'autres revues se succèdent au rythme des générations: *Congo* (1920-40), *Kongo-Overzee* (1934-59), *Zaïre* (1947-61), *Cultures et développement* (1965-85). De 1923 à 1939, la *Bibliothèque Congo* publie 35 volumes ethnographiques. L'Institut Royal Colonial Belge, transformé en Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer (ARSOM), publie de nombreuses études, surtout sur l'Afrique centrale. C'est aussi le cas du Musée du Congo, fondé à Tervuren en 1897 et dénommé, depuis 1960, Musée Royal de l'Afrique centrale, avec ses vastes collections ethnographiques, ses archives et ses sections de recherche. Depuis 1955, le musée édite la revue *Congo-Tervuren*, devenue *Africa-Tervuren* en 1961.

La recherche se consolide dans les musées et centres de recherches. L'IRSAC, créé en 1947, devient en 1973 l'Institut de Recherche Scientifique. Le Musée de Tervuren collabore avec l'Institut des Musées Nationaux du Zaïre et l'Institut National de Recherche Scientifique (INRS) à Butare. Plusieurs universités au Zaïre prennent la relève grâce à des chercheurs dûment formés et développent des départements d'anthropologie. L'Office National de la Recherche et du Développement (ONRD) et les autres instituts de recherche du Zaïre font partie de l'Institut de Recherche Scientifique (IRS) depuis 1975. Par ailleurs, les églises poursuivent une tâche pédagogique grâce à quelques centres de recherches, comme le Centre d'études des religions africaines (CERA) à Kinshasa, le Centre d'études ethnologiques de Bandundu (CEEBA) et Aequatoria à Mbandaka.

L'Institut africain, créé en 1988, vise à coordonner et à redynamiser les études africaines en Belgique.

L'encyclopédie bibliographique exhaustive pour le Rwanda (d'Hertefelt & de Lame, 1988) est un exemple sans égal pour les pays voisins.

2. **La pluralité des soins de santé**

2.1. *Cultes interrégionaux de guérison*

A côté du nombre croissant de monographies relatives à des groupes restreints, des anthropologues et des historiens ont commencé à retracer, à une échelle interrégionale, l'histoire de vastes traditions thérapeutiques, tant étiologiques et diagnostiques que curatives. Celles-ci sont enracinées dans des rites, certains parlent de cultes, qui présentent des traits communs à travers de vastes régions de l'aire bantoue allant du Cameroun jusqu'à la Zambie (Andersson, 1978; Bonnafé, 1969; Buakasa & Didillon, 1981; Devisch, 1984; Dupré, 1974, 1975, 1978; Janzen & Prins, 1981; Lima, 1971; Yoder, 1981b). Mentionnons l'étude que Janzen (1982) a consacrée à l'important culte *lemba* dans l'aire d'influence culturelle Koongo. Tout comme Feierman (1974) pour la Tanzanie de l'Est, Prins (1979) et Van Binsbergen (1981) pour l'Ouest de la Zambie, Janzen développe une perspective historique et anthropologique en essayant de comprendre de l'intérieur les représentations, les symbolisations et les pratiques en rapport avec la maladie et la santé.

2.2. *Tradipraticiens et grands rites de guérison*

Partant de l'optimisme rationaliste des années 1960-70, on a cru que ces formes traditionnelles de guérison disparaîtraient lors de l'implantation de services médicaux d'origine occidentale (Janzen, 1978). Aujourd'hui, les grands rites de guérison s'avèrent toujours bien vivaces: ils coexistent avec les services médicaux modernes en milieu urbain. Il faut remarquer que ces rites de guérison, exécutés dans la langue et le style de la culture d'origine (donc adaptés au système familial et lignager et aux représentations cosmologiques d'un groupe donné), attirent des patients qui dans 50% des cas n'appartiennent pas à cette même culture. Les rites possèdent en effet un fond culturel commun, en particulier au niveau des stratégies thérapeutiques, ou des métaphores du corps et autres symboliques pré-verbales qui transparaissent dans la scène de l'intervention, la danse, le mime, les décorations corporelles, les objets rituels, le massage, les fumigations, les préparations médicinales, et surtout la transe-possession.

A Kinshasa (Bibeau et al., 1979; Corin, 1979), l'Association des Tradipraticiens de Kinshasa (ATKIN) et l'Association des Tradipraticiens du Zaïre regroupent plus de mille guérisseurs traditionnels, dont la pratique est reconnue par les pouvoirs publics. Qui sont ces tradipraticiens? Selon qu'ils recourent aux plantes médicinales, au diagnostic par divination et/ou au traitement rituel, on parle d'herboristes, de devins, de spécialistes des grands rites de guérison (*bazu, bilumbu, elima, khita, kimpasi, kubandwa, (ma)haamba, mbwoolu, mikanda-mikanda, mizuka, mpombo, munem, ngoombu, n-luwa, nzondu, tembu, yingoma, zebola*, etc.). La plupart de ces tradipraticiens, qui peuvent avoir leur spécialité propre, utilisent simultanément ou alternativement les plantes et les rituels. De leur côté, les patients opèrent une véritable sélection entre les différents recours thérapeutiques disponibles: ils finissent par choisir le tradipraticien en fonction de son efficacité.

L'enquête nationale (1974-78), dirigée et rapportée par Bibeau (1979, 1984), suggère par sa contribution sur le terrain que la clientèle des grands rites de guérison compte une nette majorité de femmes, dont plus de la moitié entre 21 et 30 ans. Cette étude menée par une trentaine d'enquêteurs et qui porte sur près de 5 000 malades et sur 500 guérisseurs environ, révèle qu'en milieu urbain, «contrairement à l'opinion couramment répandue, la majorité des personnes s'adressent en un premier temps à la structure sanitaire de type moderne». Cette étude rapporte les raisons invoquées par les patients qui recourent à la médecine traditionnelle.

Selon Bibeau (1979, p. 15-16) reviennent le plus souvent:
- l'échec de la médecine de type occidental;
- le désir de connaître la cause profonde du mal;
- la présence de symptômes spécifiques qui font d'emblée penser qu'il s'agit d'une maladie proprement africaine;
- le coût des soins en médecine moderne;
- l'envoi du patient vers la médecine traditionnelle par un membre du personnel médical de la structure moderne.

Dans les villes, du moins au Zaïre, la fonction et le prestige de ces tradipraticiens n'ont cessé de s'affermir (Tamba, 1982; Lapika, 1983; Mahaniah, 1982). Depuis l'avènement du «recours à l'authenticité», lancé à partir de 1971, les tradipraticiens sont sortis de leur semi-clandestinité et se sont regroupés dans des associations largement acceptées de fait. A ce jour, aucune législation cependant ne leur assure pleine reconnaissance et ne les insère dans les structures nationales de santé. Le département de la santé publique, conçu en fonction de la médecine moderne, n'a toujours pas attribué aux tradipraticiens une place équivalente à celle des paramédicaux.

Les mass-media et la chanson zaïroise mettent en valeur le rôle du tradipraticien. De leur côté, de nombreux tradipraticiens en ville aspirent à prodiguer leurs soins à l'intérieur de centres de santé, voire à y collaborer avec le projet biomédical «Santé Pour Tous», leur contribution pouvant combler le creux laissé par la médecine occidentale.

2.3. *Eglises de guérison*

Depuis une quinzaine d'années, les villes zaïroises et certaines régions rurales (le Bas-Zaïre et le Shaba, en particulier) voient naître plusieurs centaines d'églises indépendantes, dites de guérison. Un certain nombre de leaders charismatiques de ce courant sont de véritables guérisseurs «spiritualistes». Riches et pauvres, surtout des jeunes, voire des familles entières se tournent vers ces églises (Tamba, 1982). Il s'agit de personnes en situation de stress, d'anomie, de crise psychopathologique, de vacuité, sans assise dans la tradition ou détachées de la solidarité familiale, ou encore incapables de modifier profondément leur identité pour s'adapter au nouvel environnement ou aux nouveaux styles de vie. La maladie, les difficultés conjugales, le chômage, ou quelque autre infortune peut susciter la vocation d'adhérer à une église, voire faire adopter un style de vie de «converti», tant dans les assemblées que dans «le monde». Les adeptes acquièrent une nouvelle identité en se dépossédant quelque peu d'eux-mêmes au profit d'une force nouvelle. La conversion implique la sortie d'un état de maladie, d'infortune, de faute, de vide, pour entrer dans un monde de vérité, dans une communauté de frères, bref, dans une vie nouvelle.

L'église leur offre une communauté fraternelle bien vivante et protectrice, ainsi que des possibilités de métamorphose positive. Un nombre important de ces églises puisent aux traditions chrétiennes, pentecôtistes et en particulier kimbanguistes, et/ou s'inspirent de prophètes zaïrois contemporains, tout en empruntant aux représentations traditionnelles du mal dans la sorcellerie en utilisant des modes traditionnels d'expression corporelle. La Bible et l'Esprit-Saint, autant que l'Ancêtre et les représentations traditionnelles de sorcellerie offrent la plupart des images et des métaphores qui composent le portrait du prophète, du pasteur et des fidèles dans les multiples églises de guérison. C'est l'Esprit-Saint et non plus la consanguinité ou la co-initiation dans un culte de guérison donné qui tisse les liens entre les adeptes. Ces églises intègrent la transe-possession, ses modes d'abréaction et son art de la prophétie, c'est-à-dire l'art d'entrer en contact avec les ancêtres, et aujourd'hui avec l'Esprit-Saint, à travers une vision, un rêve ou une extase. Ces transports sont les mécanismes sous-jacents à l'art d'expliquer le présent et d'anticiper l'avenir pour pouvoir conseiller l'intéressé ou le groupe (Mahaniah, 1979; 1982). Le recours aux symboles familiers, comme les couleurs rouge, noire et blanche, ainsi que l'administration d'eau bénite, tend vers le (ré)aménagement conjugué des émotions, des valeurs, des rapports de protection avec les ancêtres.

Les jugements portés sur les mouvements messianiques et les églises de guérison pendant la période coloniale et après l'indépendance sont très divers. Le milieu Koongo par exemple, est le berceau de nombreux prophètes-guérisseurs. Balandier (1953, pp. 41-65) est l'un des premiers à avoir analysé le messianisme koongo en République populaire du Congo en tant que réaction à une colonisation contraignante, contradictoire et incompatible avec certaines caractéristiques de la culture et de l'organisation familiale et clanique. Selon Martial Sinda (1972), un prophète surgit parce qu'il est le premier à pouvoir réaliser l'impossible réconciliation et à trouver dans des mondes apparemment étrangers, tels que la Bible et la tradition ancestrale, une réponse satisfaisante à l'anxiété des patients ou du groupe. Albert Atcho en fournit un bon exemple en Côte d'Ivoire (Piault, 1975). Le kimbanguisme au Zaïre a été un catalyseur important aussi bien dans la lutte anticoloniale, que dans le recouvrement de l'identité et la quête de l'indépendance (Asch, 1983; Diangienda, 1987; Martin, 1971).

Ces églises sont novatrices. Elles permettent la rencontre de générations et d'identités ethnoculturelles diverses. En leur sein, tous sont frères et un jeune officiant peut légitimement agir en juge spirituel face à un aîné, agenouillé devant lui. Les transes et les révélations font à tout moment irruption et mettent en question la valence de la réflexion par rapport à la vérité. Le langage ésotérique dépasse le registre habituel de la communication. Ici, l'indicible s'exprime: c'est l'Esprit-Saint qui parle, c'est le rêve qui instruit. Tout comme le

dépressif est revigoré par l'eau bénite, on redonne force au corps par l'entremise de révélations et des soins administrés par des officiants. Le recours à l'exorcisme, et à l'apaisement de la maladie, de l'accident ou de l'infortune par l'eau bénite et la bénédiction, de même que par des techniques d'abréaction, de conduites de maternage, d'ablutions etc. déclenchent une restructuration de la personnalité et sa réinsertion dans une communauté plus rassurante.

Les rapports entre le corps et l'homme dans sa globalité subissent une double influence: d'une part les traditions judéo-chrétiennes véhiculent au sein des églises de guérison une conception dualiste qui distingue le corps de l'esprit, d'autre part, la conception bantoue du corps humain est beaucoup plus globalisante et dynamise la pulsion vitale. Celle-ci établit une relation étroite entre le corps physique, le groupe et le monde (cf. ci-dessous). Ces deux influences permettent aux églises d'activer, par des mises en scène appropriées, la confrontation entre deux types de culture du corps: d'une part, la culture traditionnelle d'origine rurale, et d'autre part des nouvelles cultures urbaines. Dans les églises de guérison, le corps se fait parole, clairvoyance et épiphanie: le possédé «parle en langues» et, paradoxalement, fusionne avec l'autre et s'en sépare, pour lui donner, parfois même lui imposer, en juge clairvoyant, un diagnostic spirituel au nom du Saint-Esprit. La transe est ici proche du rêve et de la vision qui sont des mécanismes de déplacement, de transgression et de transition, dans la mesure où la transe fait entrer le «double de l'homme» en contact avec l'ancêtre, avec l'Esprit-Saint et avec ceux en qui l'Esprit demeure; le rêve ou la vision sert de médium de contact entre le fidèle et l'Au-delà: par cette transe les défunts et l'Esprit-Saint révèlent les plantes médicinales à administrer, voire le type de cure à suivre.

2.4. *Auto-médication*

Tant en milieu urbain que rural, de nombreux gestes rituels du quotidien (bénédictions ou malédictions, souhaits de paix, visites auprès de l'oncle, purifications, etc.) ne restent pas sans impact sur l'équilibre psychique des individus. L'automédication par des recettes médicinales populaires plus ou moins bien maîtrisées est également assez habituelle, sinon fréquente; sur la plupart des marchés et aux abords des gares routières on rencontre aussi des pourvoyeurs de plantes et de recettes médicinales. Le nombre de «pharmacies» et de «centres médicaux» ne cesse d'augmenter le long des grands axes urbains.

3. **Le corps humain et la santé au regard de la culture**

Les études relatives aux systèmes traditionnels de santé montrent qu'en parlant de la santé, de la maladie ou du malade, des soins ou du thérapeute, ainsi que de la guérison (notions qui sont loin d'être simples et claires) il faut se référer à des réalités sociales, culturelles et historiques variables. L'anthropologue analyse particulièrement une culture et il étudie les idées et les pratiques spécifiques de santé, de maladie et de thérapeutique qui s'y développent. La culture est un ensemble de savoirs et de systèmes sensoriels que les membres d'un groupe ont hérité et qu'ils élaborent à partir d'expériences dans un environnement social et écologique donné; ces savoirs sont les valeurs et les normes, les étiologies, les conceptions du temps et de l'espace, la religion, la spiritualité, que les membres du groupe partagent en assignant aux objets le même sens, selon une base commune de communication.

La culture fait le lien entre le monde intérieur (le rêve, les affects, les pensées, la conscience, tout ce qui constitue le noyau de la personnalité) et le monde extérieur. Pour étudier l'impact de la culture sur l'homme, on peut analyser la culture comme lieu intermédiaire entre le dedans et le dehors, le moi et les autres, la femme et l'homme, la mère et l'enfant, les morts et les vivants, l'avant et l'après. C'est ainsi que «l'espace potentiel» qui se développe entre le bébé et la maman (Winnicot, 1975) devient par la suite «le lieu de l'expérience culturelle»: c'est à cette interface entre le dehors et le dedans, entre le moi et les autres que l'individu manipule les matériaux culturels, et qu'il satisfait à travers eux ses propres besoins en accumulant émotions, souvenirs, ainsi qu'en les exprimant par la mise en scène.

La culture, comme espace intermédiaire, est tout particulièrement et de plus en plus étudiée au niveau de sa médiation corporelle: l'enveloppe corporelle, les orifices (la bouche, le nez, les yeux, les oreilles, le sexe, etc.) et les fonctions sensorielles et communicationnelles (sentir, toucher, entendre et parler, regarder et être vu) sont par excellence les voies de rencontre entre moi et les autres, le dehors et le dedans, l'homme et la femme, la mère et l'enfant, etc. L'étude se limitera par souci de cohérence à cette médiation corporelle.

Nombre de cultures de l'Afrique centrale se démarquent nettement, d'une part, de ce qui advient au corps du dehors et, d'autre part, de ce qui l'affecte du dedans. Etre exposé au danger extérieur ne suscite pas beaucoup d'angoisse, et se traduit seulement par une douleur limitée, sauf en cas de menace de mort. Par contre, ce qui affecte l'intérieur du corps se perçoit par différents sens: ce sont les réactions du corps ayant trait à ce qui entre ou ce qui en sort, comme l'haleine et la salive, la nourriture et les excréments, le flux vaginal, le sperme et les autres sécrétions. La moindre anomalie intérieure devient source d'angoisse ou prête à des soupçons: les dérèglements sont perçus à la fois comme l'effet et le miroir d'un corps social déréglé, ou d'un tissu social conflictuel ou encore d'une culpabilité consciente ou non. En régime rural, on met les maux du corps en parallèle avec les dérèglements du corps social, de la famille en particulier. En ville, ce corps social s'étend

aux milieux professionnels, d'entraide et de voisinage, où la notion du mal fait son entrée.

3.1. *La santé et les troubles du corps physique*

Pour illustrer ce qui précède, considérons une culture particulière, la culture Yaka, à Kinshasa et au Zaïre du Sud-Ouest. Elle a été fortement influencée par les cultures Koongo et Luunda.

Sous l'angle de ses aspects spatiaux et temporels, la culture Yaka considère le corps à la fois comme un lieu confiné et une source d'échange (Devisch, 1984, 1985a, b). Le corps possède une extension physique plus ou moins confinée à laquelle s'ajoute une capacité de relation. Il est délimité par des frontières physiques (la peau) et sociales (le port vestimentaire, les décorations, les sentiments et conduites de pudeur, etc.). Le corps possède une étendue dans l'espace et dans le temps, étant donné qu'il naît, se développe et meurt. En même temps, il constitue le moyen par lequel l'individu s'ouvre à l'autre et au monde. C'est entre autres par les orifices (le nombril, la fontanelle «par où le géniteur nourrit le foetus», les seins, la bouche, le nez, l'anus et les organes génitaux) et par les organes sensoriels que s'établissent les échanges et la distinction entre l'individu et les autres, entre le dedans et le dehors, entre le haut et le bas, le devant et le derrière.

Dans la symbolique corporelle Yaka, les orifices du corps s'évoquent l'un l'autre. La communauté de table (*-diisasana*: «être réciproquement occasion, possibilité et invitation à partager le repas») et de lit (*-biindasana maalu*: «s'exhorter mutuellement à enserrer l'autre de ses jambes»), le jeu familier d'attouchements (*-dyaatasana*) et le contact olfactif (*-nyuukisana*) constituent une invitation à une intimité physique et un don réciproque; les orifices du corps assurent l'identification réciproque des membres de la famille, et forment un rempart: l'intimité réside en effet dans la vie du foyer. C'est donc à l'intérieur de cette intimité que l'homme, la femme, les enfants accomplissent les fonctions vitales indispensables à l'entretien de la vie et de la santé: préparer la nourriture, manger, s'abriter, dormir, procréer, enfanter (ce qui permet l'émergence de nouvelles générations) et, enfin, mourir. La maison marque le domaine à l'intérieur duquel l'individu se retire et s'abandonne à une communauté de vie, à une quête partagée de santé. A travers sa double fonction d'espace confiné et d'espace d'échange entre l'intérieur et l'extérieur, le corps offre un espace différencié qu'on projette plus ou moins inconsciemment sur l'espace du repas (de la commensalité) et de la maison, et sur les relations qui s'y tissent par la procréation ou par le jeu d'attouchements dans l'intimité familiale. Ce domaine corporel confère à l'espace de la maison, à la communauté de repas et de lit une intégrité aussi vitale et inviolable que celle du corps humain de chacun des partenaires conjugaux et commensaux. En retour, l'intimité conjugale et la sauvegarde de l'espace de la maison deviennent les conditions de la santé des membres, vue comme une intensification par l'intégration entre personnes. Par contre, les rapports adultérins par exemple, rompent l'intimité de la famille et minent la santé. Bref, le rapport entre le corps et la maison reflète celui qu'existe entre le corps et la famille.

Si les transactions par les orifices du corps ont une symbolique qui permettront de les substituer, ces transactions ne sont en réalité pas substituables. Les échanges par voie orale, olfactive, anale et génitale sont maintenus distincts les uns des autres, par exemple, par la façon dont la culture oppose, dans l'ordre spatial du corps, le haut et le bas, l'avant et l'arrière, et sépare l'alimentation de la sexualité conjugale d'après l'axe temporel opposant le jour et la nuit. La culture Yaka considère les transactions qui passent par les ouvertures du corps (déglutir, uriner, déféquer, éjaculer) comme un mouvement ordonné et orienté qui, une fois commencé, suit son propre cours sous forme de schèmes orientés (du haut vers le bas, de l'intérieur vers l'extérieur, etc.). Toute inversion du mouvement normalisé (vomissement, éjaculation en dehors du coït, flatuosités pendant le repas, fellation) entraîne une pollution grave (*mbeembi*) et une entrave virtuelle à la santé (Devisch, 1985c).

Cette nature du corps, à la fois confiné et lieu d'échange réglé selon un ordre 'normalisé' par la culture, peut être également perturbée d'autres façons, lorsque par exemple la frontière du corps est mise en cause ou s'efface sous forme de boulimie, de dysménorrhée, ou d'intrusion (sorcellerie), ou lorsque la frontière devient seulement séparation et que l'individu (le corps) se replie sur lui-même, comme dans l'aménorrhée, dans la stérilité, dans les crises hystériques et épileptoïdes, etc. (Davis-Roberts, 1979; 1985). Une confusion polluante (*yidaata*) peut résulter d'une intrusion par le domaine sexuel ou anal dans la sphère de l'alimentation: un partage abusif de repas (abusif notamment à cause des intentions sorcières), des allusions sexuelles pendant la préparation ou la consommation du repas, le fait de cuisiner en période de menstruation, le refus de cuisiner ou de partager le lit conjugal, et surtout les rapports adultérins dans la maison conjugale, ou encore des attitudes et des gestes obscènes, et des attouchements génitaux. Cette confusion de l'oral, de l'anal et du génital qui intervertit les polarités vectorisées (haut/bas, dedans/dehors, devant/derrière) et cette intrusion dans l'espace de la maison est d'autant plus polluante et pathogénique quand elle a lieu dans les zones de transition: l'imagination populaire situe l'adultère de l'épouse à «l'entrée de son champ», soit au basfond de la maison conjugale. Déposer des excréments dans l'entrée d'une maison (espace maternel), tout comme l'acte obscène perpétré en cet endroit (surtout de la part d'un homme qui, par exemple, y exhibe son derrière dénudé) signifie une irruption de l'en-deçà du social; ce sont des actes à pouvoir redoutable qui créent un

chaos (*mbeembi*), des actes d'un homme dépossédé de lui-même, hors de lui-même (ensorcelé, psychotique). Pareille intrusion entraîne une sanction au niveau du corps et de ses orifices: l'épouse risque de se trouver «fermée» ou bien «trop ouverte», c'est-à-dire incapable de concevoir. Elle peut encore, elle ou l'un de ses enfants, être mortellement atteinte de «*phalu*», c'est-à-dire de vomissements, de dysenterie ou de ménorragie. On considère que l'infidélité conjugale du mari peut frapper son nouveau-né d'une diarrhée mortelle.

3.2. *La pulsion vitale: vigueur, échange, étouffement*

Dans la culture Yaka, tout comme dans de nombreuses cultures voisines, la véritable source de la santé, de la guérison et du développement de l'individu est la «*mooyi*» qui est «la pulsion vitale», de nature sexuelle, affective et spirituelle. *Mooyi* désigne l'haleine, le sang, le sperme, la vie, la vigueur, la pulsion vitale, la volition, l'intuition, la psyché, le principe qui dynamise et coordonne le corps total et nous porte au-delà de nous-mêmes par le courage, le regard perçant, la clairvoyance, la parole d'autorité, la procréation, etc.

L'olfaction, la vitalité et la tonicité, ainsi qu'une certaine appétence, sont des manifestations de la pulsion vitale et des attributs majeurs du thérapeute (Devisch, 1987). Selon la culture Yaka, l'appétence sexuelle est stimulée par le fait de partager le repas, par un jeu d'attouchements et surtout par le contact olfactif. La séduction, les caresses et les rapports coïtaux sont évoqués symboliquement en termes d'échanges significatifs d'odeurs corporelles. «L'on s'offre mutuellement l'occasion d'échanger des odeurs corporelles et de renifler celles-ci» (*nyuukisana*). L'attrait sexuel et les caresses se situent plutôt dans le domaine de l'odorat, du goût et des perceptions tactiles que dans celui de la vue et de l'ouïe.

La clairvoyance est une forme d'échange vital et un attribut majeur du thérapeute tout comme la sexualité et l'olfaction (Devisch, 1987). La clairvoyance implique l'intrusion la plus radicale dans l'intimité d'autrui, ce qui lui fait prendre son origine dans une mooyi très puissante. Elle est donc à même d'éveiller, d'étouffer, de dévier ou d'assimiler la puissance vitale de l'autre. La clairvoyance bienveillante du thérapeute et du devin est liée au flair, à l'olfaction accrue. Par l'olfaction, le devin entre dans un échange quasi organique ou corporel avec son client, fût-ce un malade ou un défunt, à l'instar du flair du chien (*fiimbu*) qui informe et façonne métaphoriquement le flair du devin (Devisch & Vervaeck, 1985; Devisch, 1986).

La liaison métaphorique entre l'odorat, l'attrait sexuel et la santé est transférée symboliquement aux relations sociales et à la cosmologie, c'est-à-dire à l'environnement. C'est ce qui explique que la culture Yaka considère l'utilisation de plantes odoriférantes (en provenance de la forêt pour les hommes et de la savane pour les femmes) comme une contribution à l'efficacité des rites pour remédier à l'infécondité, aussi bien celle de l'homme que celle de la femme. Le recours aux essences odoriférantes intervient dans des bains de fumée et de vapeur, dans des lavements, et dans le fait de couvrir la couche de plantes (Devisch, 1984).

L'odeur peut aussi évoquer l'effacement de frontières, la perversion de la réciprocité (Devisch, 1986). Le chien, qui, attiré par la chienne en chaleur, renifle ses parties sexuelles et a des relations coïtales avec la chienne dont il est né, alimente l'imagination et les idées populaires sur la promiscuité nocturne des sorciers. C'est ce qui explique également qu'un prétendant au mariage puisse être repoussé sur l'allégation qu'il (ou elle) consomme de la viande de chien. Si un chien étranger pénètre régulièrement dans l'habitation, on est en droit de demander à son propriétaire réparation.

L'incestueux, «le géniteur qui ravale l'écume de sa propre fermentation», s'expose à la lèpre, à savoir la décomposition de la peau: cette forme de promiscuité, en effet, remet en cause le rôle de la peau, limite entre les individus. Et c'est ainsi que se trouvent associées dans l'inceste, la lèpre et la promiscuité sexuelle. La répulsion pour l'inceste, comme pour la lèpre, relève des registres olfactif et génital. La répulsion envers l'adulte non circoncis, les hémorroïdes (substituant symboliquement une excrétion anale à la menstruation) et envers l'odeur de la civette relèvent également du rôle séparateur de la peau et de celui des odeurs. Une pollution de celles-ci peut porter malheur (*beembula*).

La liaison qui existe entre l'odeur, la sexualité et la santé trouve également son expression dans la conception culturelle que l'on se fait du rapport entre la décadence et l'épanouissement, entre la mort et la vie. La fécondation est vue comme une mort partielle du procréateur, suivie d'une fermentation ou du bouillonnement de la semence mâle et du sang femelle dans le ventre maternel. L'odeur génitale est considérée comme une forme particulière d'énergie organique qui, par l'excitation sexuelle, unit la dissolution à la régénération. Cette fonction de soudure vitale que joue l'odeur du corps est comparée à l'odeur que dégage l'animal tué en décomposition, mais qui, par la cuisson, deviendra une nourriture puissante et vitale.

Le chasseur-piégeur peut encore transformer un lieu vierge d'empreintes animales en un endroit très fréquenté: il y crée un attrait en urinant sur le sol de chaque côté du piège. Le gibier accourt à l'odeur d'ammoniaque pour lécher le sel dans les cristaux urinaires, l'odeur et la gourmandise étant le vrai piège.

L'attrait, l'odeur, la nourriture, la sexualité et la santé sont donc unies, par métaphore, comme des réalisations du modèle de mort suivi de renaissance.

3.3. *La santé et la maladie du sujet social*

Dans la culture Yaka, la santé sociale et la santé de

l'individu social se réfèrent fondamentalement à la préoccupation de «la puissance» (*ngolu*) au sens d'excellence du sang et de distinction, reflétées et soutenues par l'ordre masculin, patriarcal et politique. Cette notion de la santé se réfère à des normes extérieures qui font la distinction entre le corps (ou plus exactement l'image culturelle du corps) et sa nature biologique. C'est une approche en quelque sorte politique de l'individu exposé aux regards et à la parole des autres. Le regard impose d'emblée une différence entre les individus.

La santé des membres du groupe est un bien social. Cette dimension apparaît dans les discours étiologiques et les quêtes de soins dont se chargent les différents responsables du malade. Ainsi les représentants des agnatiques, des utérins et des alliés (le père, l'oncle maternel, le mari) constituent le «lay therapy management group», selon le vocable créé par Janzen (1978). Concrètement la dimension sociale de la santé et de la maladie reflète l'ordre social basé sur les différences entre les sexes et les générations, ainsi que sur la filiation agnatique et/ou la descendance utérine (matrilinéaire), les stratégies d'alliance matrimoniale et les divisions résidentielles. A côté des appartenances lignagères et résidentielles, c'est surtout l'âge et le sexe qui influent sur la façon dont l'individu se rapporte à sa propre santé ou à celle d'autrui.

a) Le concept patriarcal transforme les différences génitales en inégalité 'objective' des sexes et propose un idéal de santé différent selon le sexe. Comme dans d'autres cultures, la culture Yaka fonde en partie le sentiment de complémentarité et de différence sexuelles dans le fait que les pratiques sexuelles sont non interchangeables et non réversibles (pénétrer et être pénétrée, avoir le dessus ou le dessous, être à droite ou à gauche, être couché du côté de la porte ou non, accoucher, allaiter); sur la base de cette conception les Yaka vont légitimer les différences sociales tout en les masquant en prétendant que ces différences sont biologiquement préconstruites, données par la «nature».

Dans la culture Yaka le même modèle sexualisé explique l'anatomie et les conceptions humorales de la santé, de la maladie et de la thérapeutique: les parties solides, dures, sèches, «froides» (les grands os) et les parties musclées seraient transmises par le père et elles soulignent le côté viril, tandis les parties molles, humides et «chaudes» (les organes vitaux) sont transmises par la mère et ont une connotation féminine. Pareils critères humoraux servent à classifier des aliments des activités, certaines maladies et leurs remèdes (Devisch, 1984, pp. 48-55). L'usage des *plantes médicinales* s'inspire fondamentalement de ces critères humoraux. L'ingestion et l'excrétion règlent le juste équilibre humoral interne entre le chaud et le froid, le moelleux et le dur, l'humide et le sec.

Les douleurs abdominales, le ventre congestionné, l'embarras gastrique, la pesanteur et la langueur sont les symptômes d'une élimination fécale dérangée. Si trop de restes de nourriture s'accumulent à l'intérieur du corps, ils risquent de rompre l'équilibre humoral du corps ou de l'affaiblir: certaines parties se refroidissent, se surchauffent, s'amollissent, se liquéfient ou sèchent outre mesure. Il est dit que cet excès de restes cause les infections, détériore le sang, le semen et les «fluides» des poumons, de l'estomac, du foie ou de l'utérus. Les symptômes en sont: la gale, l'abcès, les infections éruptives, l'amaigrissement soudain, une peau décolorée (rose-brune), les accès de fièvre, les frissons, la syncope, le rhume, l'otite, la toux, les crachats, la congestion pulmonaire, le vomissement, la constipation, la diarrhée, l'hémorragie intestinale, la menstruation déréglée, les sécrétions vaginales. Ce déséquilibre des composantes corporelles menace la santé, et en particulier la fécondité. On parle de fonctions corporelles entravées, entortillées, ou d'une fécondité obstruée, ligotée (yibiinda, biindama).

b) Cette topographie nettement «sexualisée» de l'anatomie, de la corporéité et des activités l'est aussi pour le temps, les lieux et les instruments. Les tabous alimentaires que le ménage observe, en particulier les prescriptions concernant la commensalité et l'intimité corporelle et conjugale, instaurent un clivage entre l'espace domestique (féminin et maternel) et la zone extérieure (masculine) soumise à la visibilité sociale, à la différenciation.

La puissance virile procréatrice (*ngolu*, *khoondzu*), qui lie chaque géniteur à l'ancêtre, trouve un équivalent métaphorique en forêt: le chasseur qui, en versant du sang, transforme le gibier en une des nourritures les plus valorisées, réactualise l'assise guerrière de la société par les ancêtres, fondation qui est allée de pair avec du sang versé. Les plaisanteries exaltent la puissance virile qui afflue dans la raideur des muscles et la vigueur tonique, l'érectivité (*khoondzu*) des membres chez le chasseur prêt à abattre son gibier. C'est en ces termes qu'on loue l'orateur pour sa combativité (*ngaandzi*). L'homme prise le coït en raison de l'expérience physique de sa puissance virile intrusive (*ngolu*). Il cherchera à répéter l'acte sexuel plutôt qu'à le faire durer.

Le corps maternel qui porte et nourrit l'enfant n'est pas investi de marques sociales qui le personnalisent ou lui confèrent une autonomie sur la scène publique. Le corps maternel chez les Yaka est métaphoriquement associé à la maison comme espace d'intériorité qui contient le foyer, garde la nourriture et les restes alimentaires, héberge la communauté de table et de lit, et où l'on entre et d'où l'on sort par la même ouverture. Au dehors, dans leur conduite et leurs discours, les femmes restent dominées par les valeurs viriles. Au grand jour, la gêne et la modestie-pudeur (*tsoni*) excluent de la scène proprement publique au centre du village toute expression des désirs sexuels féminins ou conjugaux, alors

qu'entre hommes la sexualité génitale fait l'objet de plaisanteries.

L'inégalité apparente dans la division du travail sexuel se joue symboliquement dans la division spatio-temporelle du travail entre les sexes.

Le travail de la femme a lieu à l'intérieur ou à la périphérie de certaines zones circonscrites, dans des zones dont le caractère féminin s'amenuise à mesure qu'un nombre plus grand de femmes s'y entraident: il y a d'abord la maison conjugale, puis les champs, les lieux d'entraide dans le quartier familial, ensuite le marais où l'on rouit le manioc et la source, et finalement la savane lors de la cueillette. La femme s'adonne, selon un rythme régulier, à des besognes nécessaires à l'alimentation que l'on ne peut remettre à un autre moment; c'est là sa prérogative et sa dignité. Ses tâches de ramassage, ainsi que son travail agricole et ménager, réalisent une médiation entre la savane et le village, le cru et le cuit. Ces caractéristiques du travail féminin soutiennent l'image que la santé de la femme s'inscrit dans un cycle mensuel et un cycle des phases de la vie qui réalisent tous une médiation: l'adolescente passe de la maison paternelle à la maison conjugale; la femme enceinte réunit en son corps les différences de sexes et de générations; la grand-mère prolonge et renouvelle sa maternité à travers ses enfants et petits-enfants.

Le travail de l'homme a lieu «à l'extérieur» et «en forêt», c'est-à-dire dans une zone qui connote la verticalité, telle que l'emplacement pour les réunions au centre du village et la forêt; dans celle-ci il fait tomber des arbres, les fruits et abat le gibier. Ses besognes manifestent un rythme intermittent. Elles rappellent les phases de la civilisation: la guerre que connotent la migration, la chasse et l'égorgement, le travail du métal; la construction de la maison, la palabre, la juridiction, les contacts et alliances entre les groupes, les cultes, etc. Parallèlement, les poussées d'énergie, les exploits cynégétiques et rhétoriques, l'appétence sexuelle, sont des manifestations d'une puissante santé virile.

4. **Diagnostic, nosologie et étiologie culturelle de la maladie**

Déchiffrer l'orientation culturelle de la maladie est le moyen de comprendre le trouble à partir de la texture de l'individu dans ses relations avec les autres, avec le monde, et à partir de ce qui explique le groupe auquel appartient le malade. C'est au cours du processus de diagnostic que le devin élabore une interprétation qui permet au groupe et au thérapeute d'intervenir. Les Angbandi dans le Nord-Est du Zaïre (Bibeau, 1978; 1981; 1982b; 1983) distinguent sans équivoque les plaintes banales des maladies chroniques. Les premières relèvent de procédés thérapeutiques connus de tous. Les maladies chroniques par contre déclenchent une intervention simultanée à trois niveaux: celui de la nosologie, de l'étiologie et, finalement, des traitements proprement dits.

Les principes cognitifs qui caractérisent la nosologie et l'étiologie angbandi se révèlent à travers ce que les malades et les thérapeutes disent et font. La maladie est perçue comme une atteinte à la fois au corps, à l'organisation sociale et à l'ordre de la vie (à la cosmologie). Guérir implique par contre une remise en ordre à la fois au niveau corporel, social et cosmologique. La nosologie ngbandi comprend des éléments très variés, d'une richesse surprenante. Le vocabulaire ngbandi compte plus de mille noms de maladies dont vingt-deux pour les seules affections cutanées. Cette multiplicité résulte d'une association de symptômes et de causes, qui a pour conséquence que la même maladie peut recevoir des noms différents à un même moment et au cours de son évolution. Le tradipraticien purifie, dénoue des conflits et guérit. Les produits thérapeutiques peuvent être des plantes, mais aussi des produits d'origine animale ou provenant de l'environnement selon une taxonomie complexe.

La terminologie de la classification des maladies et l'étiologie proprement dite vont de pair avec une cosmologie enveloppante. Les Angbandi donnent un nom à la maladie en associant des éléments d'ordre physique, psychique, social et culturel. Cette optique dite bioculturelle attribue de multiples dénominations selon une lecture à plusieurs dimensions. Les noms de maladie évoquent:

- la localisation des plaintes (par exemple maladie de la peau);
- une apparence qui rappelle certains éléments du milieu végétal ou animal (une dermatose évoquant des écailles de poisson, ou la peau de cochon);
- un symptôme majeur (la lèpre, par exemple, est appelée ndiba, «machette non tranchante» à cause de l'insensibilité de la peau du lépreux; sara, «gratter» est le nom donné à toutes les maladies qui s'accompagnent de prurit);
- une relation causale dans le temps (par exemple les maladies causées par la sueur, par l'eau sale, par la malpropreté);
- une référence au mode de traitement (par exemple le torticolis prend le nom de «maladie du bois de la lance» parce que le guérisseur le traite en immobilisant le cou entre deux bois de lance);
- le non-respect d'une règle générale (telle la fermeture tardive de la fontanelle imputée à la reprise prématurée des rapports conjugaux).

La maladie est donc désignée par une multiplicité de noms qui peuvent, chacun, particulariser un aspect de la maladie. A travers chaque nom la maladie est donc mise en communication avec une dimension particulière de la réalité globale qui entoure l'homme ngbandi.

Il est intéressant de noter que parmi les quarante-trois tradipraticiens angbandi longuement contactés par

Bibeau, trente-huit sont à classer comme des spécialistes, étant donné qu'ils limitent leurs activités à une seule affection, telle, par exemple, l'épilepsie, les fractures. Le choix de l'activité est parfois évident; dans les autres cas, il est basé sur un examen et un interrogatoire. Le traitement se limite aux manipulations et à l'administration de médicaments. Les cinq autres tradipraticiens traitent les maladies causées par les esprits. Les «spécialistes» se voient consultés par quelque 457 (soit 60,4%) des 757 patients faisant partie de l'enquête. Des 300 cas soumis aux «généralistes», 176 (soit 58,7%) relèvent des esprits, dont 91 des esprits ancestraux et 85 des esprits de l'eau et de la forêt. La sorcellerie est en jeu dans 77 cas (soit 25,7%) et ce que Bibeau appelle la magie chez 29 (soit 9,7%). Il y a lieu de retenir de ces données que 282 personnes ont dû reconnaître une part de responsabilité personnelle dans l'origine de leur maladie. Les 18 personnes (soit 6%), ayant été reconnues victimes d'un envoûtement, sont les seules à être considérées sans responsabilité dans la genèse de leurs troubles.

Le système nosologique ngbandi fait référence à une causalité pluriforme. Les Angbandi distinguent le «comment» du «pourquoi»: la première question concerne tout ce qui est perçu directement par l'un des cinq sens, alors que la seconde concerne les interférences multiples du social et de l'extra-humain (Corin & Bibeau, 1975). L'étiologie ngbandi distingue ainsi deux ordres de causes. La «cause initiale» et la cause principale; cette dernière peut résulter d'une infraction de l'intéressé lui-même (par exemple, le non-respect des interdits, les infractions à la tradition, l'insubordination au chef de famille ou du groupe, le vol, le refus de partage, la jalousie, la colère etc.). Ces diverses fautes font rechercher un «agent causal». Selon qu'il s'agit d'un conflit entre générations ou plutôt entre égaux, l'agent tend à être respectivement l'esprit d'un ancêtre, ou bien un esprit de l'eau ou de la forêt. Remarquons que la démarche étiologique débute par un intérêt plutôt physiologique pour évoluer ensuite vers une étiologie psychosociale et méta-empirique. La mise en relief d'agents méta-empiriques (esprits, sorcellerie) offre à l'intéressé la possibilité de transférer un conflit interne à un agent externe. Pareil transfert constitue pour beaucoup une aide appréciable dans la voie de la guérison. L'intervention de l'agent causal s'étend sur un large registre: les génies font naître une anxiété, les esprits un sentiment de culpabilité, l'envoûtement baigne dans l'agressivité, la sorcellerie provoque de l'envie et de la jalousie. Le sorcier incarne la figure du mal diffus au sein de l'existence humaine.

Certaines de ces dimensions étiologiques se retrouvent chez les Yaka à Kinshasa et au Zaïre du Sud-Ouest (Devisch, 1985c). Chez eux, l'étiologie populaire semble prévaloir sur le nosographique: les gens nomment communément et diagnostiquent le trouble par référence à une cause (par exemple *yivumu kiviimbidi*, «ça couve dans le ventre», signifie le ballonnement du ventre). L'examen suggère le genre de traitement symptomatique à l'aide de plantes ou à base d'une intervention biomédicale courante. Pareilles affections suivant le cours «naturel» des choses sont appelées «maladies de Dieu». Par contre, toute maladie devenue grave ou chronique engage l'ascendance utérine ou matrilinéaire, celle par où la vie physique est censée se transmettre par la voie des mères, et est obligatoirement soumise à la divination médiumnique par la clairvoyance, que l'on appelle ngoombwa weefwa. La consultation divinatoire contribue à formuler collectivement un consensus autour du sens de la maladie et ainsi à réduire la singularité inquiétante de l'expérience pathologique. Le devin est un homme ou une femme: «son don de clairvoyance divinatoire» (*ngoombu*) est «inné et hérité par la voie des mères» (*yibutukulu*). Sa prédisposition aux crises épileptoïdes, au somnambulisme et à la transe-possession est une indication favorable. Le candidat est soumis à une initiation d'une durée de neuf mois sous la direction d'un maître-devin. Cette initiation consolide chez le devin ses capacités sensorielles accrues, susceptibles de percevoir et de scruter le caché, l'invisible.

Face aux patients, le devin doit être capable d'identifier, sans information aucune, l'«objet médiateur» (*yiteendi*) qui a été placé antérieurement en contact avec le corps du client absent et de déceler les coordonnées élémentaires de la consultation. Il devra ensuite être capable d'appliquer aux messages oniriques une grille étiologique pour pouvoir prononcer l'oracle divinatoire. Au niveau de l'interprétation, il se laisse guider par l'ethos du lignage et les filiations patrilinéaires complexes avec leurs statuts et privilèges sociaux, ainsi que par l'ascendance matrilinéaire portant aussi sur trois générations. Le devin s'arrange pour obtenir, grâce à une enquête discrète, des informations utiles concernant les cas qui lui sont soumis.

L'oracle du devin peut remonter dans le passé et y révéler des actes délictueux, des méfaits, des malédictions et les juger par rapport aux différentes étapes de la vie du client. Ces données permettent d'établir les compensations à fournir aux ascendants du réseau utérin et notamment aux oncles qui représentent la transmission de la vie physique, afin qu'ils écartent l'entrave à la transmission. Le devin est estimé compétent pour un grand nombre de problèmes. De ce chef il est consulté pour toute maladie rebelle, maligne et présumée mortelle, pour des troubles mentaux, pour des troubles de la procréation et la stérilité, pour des maladies cutanées, un amaigrissement conséquent et rapide, en cas de malchance à la chasse ou dans l'emploi, à l'occasion d'un vol, d'un incendie ou de tout autre accident etc. La guérison ou bien le retour à la normalité passe par l'application judicieuse de «la loi d'échange» qui rattache l'individu par les réseaux de mariage de sa mère, de sa grand-mère et de son arrière-

grand-mère à la source utérine de la vie et du bien-être. On peut donc affirmer que la maladie a un caractère symptomatique et relève aussi bien de l'ordre de la biologie que de l'histoire complexe de relations sociales du groupe et de ses filiations.

Par conséquent et dans cette perspective, la maladie n'est pas considérée avant tout comme le résultat d'un enchaînement temporel de causes, mais plutôt comme un symptôme de relations perturbées ou transgressées entre le moi et les autres, les parents et les enfants, l'homme et la femme, l'avant et l'après, le dedans et le dehors, le privé et le public. Le diagnostic étiologique est dès lors une analyse culturelle, voire métaphorique, de la texture que constitue l'individu dans ses rapports avec les autres et avec le monde. La maladie ainsi définie équivaut à une *déconstruction* (Davis-Roberts, 1985; Devisch, 1991; Janzen, 1978; Yoder, 1981b). Elle est, en effet, considérée comme une dysharmonie, ou bien une perte, un manque. Le thérapeute, et/ou le malade, ou encore le tiers n'explicitent pas un état de maladie, mais le créent en partie en lui opposant la notion d'une norme altérée. C'est précisément parce que le thérapeute fait prendre conscience de la maladie en la référant à l'univers de la norme et de la transgression, qu'il peut également y porter remède de manière efficace. La maladie est en effet souvent considérée comme la sanction d'une transgression de la norme, une sanction de conduites prohibées ou indésirables, bref, d'un écart volontaire ou non par rapport à la loi sociale (Djomo, 1981). La maladie (par exemple le mal d'estomac) est, tant pour le malade que pour les autres, une métaphore pour parler:
- d'une tension ou d'une emprise émotionnelle: «la maladie de la colère» (Janzen, 1978);
- d'une déviance ou d'une menace sociale: «c'est la mort de ma mère, la perte de mon travail, ou encore c'est le conflit que j'ai avec mon oncle ou avec mon mari ou bien la négligence vis-à- vis des obligations de respect et de partage envers les aînés... qui me rend malade!» (Corin, 1979);
- d'un événement néfaste ou d'un problème dans les rapports avec le monde environnant ou avec l'au-delà. En d'autres termes, on relie très souvent la maladie au pouvoir pathogène d'autres infortunes: problèmes de chasse, rêves angoissants (Buakasa, 1973; Mahaniah, 1977a; 1982).

5. **Traitement**

Le traitement joue par l'effet synergique de plusieurs mécanismes (Bibeau, 1983), comme la récupération biologique endogène au corps, stimulée par une réorganisation du régime alimentaire et du style de vie ainsi que par un conditionnement complexe. L'attribution d'une cause et/ou d'un nom à son mal et la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient interviennent également. Bibeau (1982b; 1983) analyse de près le travail d'un couple de guérisseurs Ngbandi qui possèdent un village-hôpital où séjournent une trentaine de malades accompagnés de l'un ou l'autre membre de la famille. Ce village s'organise autour de trois pôles où des formes de socio-thérapie et un traitement rituel peuvent être conjugés: au centre du village, à l'autel des ancêtres devant lequel sont traités tous les cas, interviennent les esprits ancestraux; à l'autel, dédié aux esprits de l'eau et édifié le long de la rivière, où sont déposées les offrandes et, enfin, à l'autel pour les esprits de la forêt à la limite du village, destiné à barrer la route aux mauvais esprits et aux sorciers.

Les thérapies s'y organisent selon dix modalités rituelles qui font écho à des états psychologiques et à des relations sociales:

1) transférer le mal dans un animal de façon à en décharger la personne;
2) se confesser et se réconcilier;
3) se laver mutuellement;
4) laver une personne coupable;
5) se baigner dans une rivière pour rétablir le contact avec les esprits de l'eau;
6) faire des offrandes aux esprits;
7) sacrifier et partager la victime;
8) établir un pacte d'amitié avec les esprits;
9) barrer la route au sorcier;
10) briser la puissance d'un fétiche.

«Ces opérations ritualisées s'effectuent dans un contexte dramatisé, chargé d'émotivité. La réalité sociale (est) réaménagée au travers de son décalque symbolique, au travers d'un jeu ou d'un drame qui replace chacun dans son rôle. Cette dramatisation, cette symbolisation et le contexte émotionnel s'unissent pour créer dans la personne et le groupe des états psychologiques positifs susceptibles de dynamiser les processus endogènes de guérison» (Bibeau, 1983, p. 47).

Chez les Yaka, le groupe familial invite l'oncle maternel du malade avant de confier ce dernier au thérapeute. Après avoir résolu les tensions et réglé les problèmes dans le groupe du malade, les responsables familiaux paient l'oncle pour qu'il écarte les obstacles (malédictions, dettes, ensorcellement, paroles maléfiques) qui s'opposent à la transmission utérine de la vie. La maladie est le signe d'une telle entrave. L'oncle «confie publiquement le patient au thérapeute»; ce dernier soigne la maladie dont il a été lui-même guéri antérieurement au terme d'une cure qui l'a conduit à l'art thérapeutique par une initiation appropriée. Après une invitation formelle, le thérapeute se rend sur les lieux: avant d'y rencontrer son patient, il entre en transe en manifestant les symptômes remontant à l'origine de sa cure initiatique et offre ainsi un modèle concret du processus de guérison. Modèle d'un ex-malade, il fait fonction pour le patient d'exemple et de miroir, donc de lieu de projection et de modèle de guérison. Pour autant

que la maladie ou la situation-problème du client rappelle la sienne ou relève de la transgression, le thérapeute l'assume sous cet aspect d'affliction et de déviance. C'est comme s'il disait au patient: «Voici que tu es comme moi lorsque j'étais malade», lui présentant une image en miroir. Mais en même temps, il s'en écarte et oppose la maladie à un horizon de valeurs et de normes à suivre: «Tu es comme ceci, mais voici ce que tu pourrais devenir: moi, je t'offre l'image de la guérison». Les attributs et les conduites du thérapeute renvoient à ses modèles culturels d'identification: d'oncle maternel, de piégeur, de tisserand et de démiurge (Devisch, 1987). C'est bien la cause du mal qui est traitée, au-delà des seuls symptômes, en restituant les normes sociales (Djomo, 1981; Janzen, 1978).

La guérison puise sa force dans la pulsion vitale en émergence qui va restructurer le malade. Etre malade, c'est se trouver enlacé (*biindama*, *yibiinda*) et cesser d'être soi-même. Le malade n'est plus maître de son corps, soit qu'un autre prenne possession de lui, soit qu'il s'emporte hors de lui-même par ses paroles, son agression ou l'abus sexuel: les Yaka en parlent en termes d'ensorcellement (*buloki*, dont la racine proto-bantoue *-lok*, exprime l'effet de contrarier, d'enlacer). La tâche du thérapeute est de combattre le mal externe en le retournant par un mouvement autodestructif contre lui-même pour permettre d'accéder à la pulsion vitale que la maladie a étouffée ou déviée; la pulsion vitale atteint ainsi les replis du coeur, ce que le coeur sait et veut, ce qui attend son éclosion dans le patient: c'est «tisser la pulsion vitale». Soigner, c'est reconnecter son patient avec sa mooyi réintégrée et libérer grâce à l'efficacité des rites les forces endogènes de guérison capables de réorienter les rapports que le patient entretient avec son corps, avec les autres et avec le monde (Bibeau, 1982b; Buakasa, 1974; Mbonyinkebe, 1988). La transe-possession est un moment crucial dans les grandes cures (Devisch, 1984). Elle est conçue comme une fermentation, alors que les métaphores de cuisson et de «la vie surgissant d'un oeuf (cosmique)» signifient la réclusion. La fermentation et la cuisson expriment par métaphore la guérison comme une gestation et un processus de modelage efficace. La métaphore du tissage évoque, pour sa part, l'idée de la cure comme «travail à base de fibres déjà là», actualisation d'une disposition structurante, articulation de pulsions vitales. Elle assimile le tissage à une gestation et à un enfantement. La mise en branle des symboles fait partie des traitements par le sens (Djomo, 1981).

A l'inverse de la maladie qui équivaut à une déconstruction, le traitement est un processus de reconstruction faisant appel lui aussi à une mise en relation avec l'univers de la définition et de la norme qui rentre dans le circuit de l'ordre du bien et du beau. La thérapie consiste, par exemple, en une expulsion du corps malade des humeurs ou des substances nocives qui l'auraient pénétré, lié ou entravé, suivie d'une réincorporation de ce qui manque. L'effet thérapeutique est postulé à partir de la démonstration chez le patient d'un attribut nouveau, aidant à rétablir la normalité. En d'autres termes, la guérison se conçoit de façon circulaire: en revenant en arrière, la thérapie vise à englober la définition de la maladie et, en la transformant, elle redéfinit son propre point de départ et se justifie.

La guérison procède du maniement systématique des paradoxes, des mouvements à double sens, des relations de cause à effet, ainsi que du rétablissement des limites (c'est-à-dire de leur fonction conjointe de séparation et de lien), dans plusieurs cadres et selon plusieurs axes. Les véritables leviers ou inducteurs culturels de la thérapie sont situés à la frontière entre le privé et le public, le moi et l'autre, l'homme et la femme, l'avant et l'après, le dedans et le dehors, le haut et le bas, etc. (Devisch, 1984). Dans la représentation propre à chaque culture, le corps humain est un vecteur orienté, selon les axes haut-bas, avant-arrière, gauche-droite (Gasarabwe, 1978). Selon les diagnostics posés en milieu Yaka, la maladie inverse ces repères, alors que les techniques thérapeutiques y font retour, très souvent en contournant le processus autodestructif contre lui-même. Ces inversions culturelles — de type homéopathique au sens large — mobilisées sur le lieu de la frontière privé-public, moi-autrui, etc., signifient la mise en activité des inverseurs psychiques et favorisent l'apparition des mécanismes de défense, tout en dénouant une situation de crise empêtrée dans une longue histoire de conflits bloqués.

Voici quelques exemples d'inducteurs culturels[1] de la thérapie:

a) *Incorporation et expulsion.* La thérapie vise à expulser ce qui a envahi le corps et l'a rendu malade (comme des humeurs mauvaises, le froid, une «obstruction des trompes», *yibiinda*, par ensorcellement) pour réincorporer ensuite ce qui manque. Les techniques thérapeutiques pour traiter les symptômes d'un corps enfermé, rétablissent l'équilibre par des procédés d'inversion; ainsi, pour la toux sèche, l'amaigrissement, voire l'aménorrhée, on prescrit des bains de vapeurs odoriférantes, des ablutions de l'organe atteint (les parties génitales) pour faire croître le désir, ou des lavements chauds, des expectorants, voire des vomitifs; ou bien le patient aura à ritualiser ses passages à travers la porte de sa chambre à coucher, de sa maison, etc.

b) Croisement *gauche — droite.* Les dépressifs graves ou les malades mentaux sont soumis à des massages ou à des ligatures en croix sur le corps, afin de cerner le corps tout entier; on trace aussi, avec du kaolin, des lignes diagonales afin de rétablir l'unité du corps: on le fait aux intersections, au nombril, à la hauteur du coeur, ou entre les seins. Cela se fait de préférence à la tombée de la nuit, dans la phase de la lune croissante, à la frontière du village, en présence de la famille.

c) Renversement *haut — bas*. «Tomber évanoui» est un symptôme grave: pareille chute évoque la mort physique, voire l'animalité (la mort sociale). Dans un autre ordre des choses, la douleur, le froid et la chaleur montent et descendent à l'intérieur du corps en fonction de la progression de la maladie. Certains lavements chauds à base de plantes odoriférantes (cueillies sur la cime des arbres exposés au soleil, ou séchées au soleil...) sont à prendre au lever du soleil et visent à contrebalancer et calmer, selon la logique humorale, le rhume, la toux sèche, les frissons (au niveau des épaules), la chaleur qui monte à la tête.

d) *Le dedans et le dehors* (en rapport à l'image de soi et de ses limites) et *l'inversion des orifices*. Les orifices constituent les zones essentielles d'orientation du corps. Lorsqu'un orifice est inversé, c'est le corps tout entier qui «marche à l'envers»: vomir convertit la bouche presque en anus, alors que le lavement par voie anale vise à contrebalancer les effets nocifs de l'ingestion, ou même de l'audition de paroles méchantes. Pendant le traitement de sa nièce anorexique, l'oncle maternel prescrit, soit des tisanes tièdes de jeunes herbes en floraison cueillies aux abords du village (c'est-à-dire le lieu des rencontres amoureuses), soit des bains de sueur, soit un auto-massage au fard rouge (symbolisant le sang foetal) mêlé à une fougère à l'aspect éruptif; ou encore le fard est mêlé à de l'urine de la première miction de la journée d'une femme enceinte, car «seule la femme qui a contenu (in utero) peut également être contenante». Selon la même logique se pratiquent les bénédictions par salivation (Obenga, 1985): chaque membre du groupe familial crache sur le front ou à hauteur du cœur du malade, pour attester publiquement l'absence de toute rancoeur susceptible de faire obstacle à la guérison du malade.

e) *Inversion rythmique*. La notion de rythme biologique et social est capitale dans la thérapie. La perte ou la distorsion du rythme signe à coup sûr une intrusion majeure (de sorciers par exemple) dans l'individu, une irruption de la mort ou d'êtres surnaturels au sein de la vie. Le *tremblement* des mains, parfois des jambes ou du corps tout entier, au cours de la transe de possession, marque cette perte du rythme. Car le tremblement, en exhibant le rythme interne coupé de tout rythme codé ou social, expose le souffle et l'élan vital (l'âme) et livre cette pièce maîtresse à la fois à la convoitise des esprits et aux soins du thérapeute. La disparition du sommeil est aussi un symptôme de rythme perturbé et elle vide le sujet de ce qui lui est le plus intime: son sommeil et ses rêves. (Pour la guérison, on a recours à la technique mentionnée au point g).

f) *Passé — présent*. Dans l'usage des plantes, la notion de cycle est importante. Il importe de trouver et d'utiliser ces plantes lors de la première phase du cycle, c'est-à-dire au moment où la pulsion naît, se développe, et où la vitalité, la force sont encore très présentes; mais également au moment de la fin du cycle et/ou du jour précédant le suivant, instants charnières entre le jour et la nuit, la vie et la mort (de la plante et du symptôme), créant donc un temps transitionnel.

g) *Déplacement* de la maladie du corps du malade dans un autre endroit. La maladie est transférée dans un objet qui assume la fonction de récepteur (non humain, et parfois immolé) de la maladie: on l'enterre à un carrefour à minuit ou on le jette dans un endroit solitaire pour qu'un animal sauvage le mange. Et puis le mal est remplacé par le «bon objet», tel un génie protecteur. Une variante consiste dans le report de la faute ou du mal sur un animal «bouc émissaire» que le guérisseur chasse ensuite dans la forêt. La *transe-possession* ritualisée vise à convertir la maladie en une manifestation contrôlée de l'esprit qui entre désormais dans une relation d'alliance ou de mariage avec la personne possédée. Le sacrifice animal, en substitution au sacrifice de la personne possédée, vise à mettre fin à cette relation morbide. Le sacrifice effectue une espèce de transfert: l'esprit est incorporé à la victime animale sacrificielle et puis transféré à l'autel érigé en l'honneur du même esprit. Pour l'exprimer dans les termes de Zempléni (1984), «la sacrifiante dénudée s'enduit le corps du sang frais de l'animal. Puis elle s'entoure des intestins de celui-ci, et fixe sur sa tête un des organes de l'animal retourné comme un bonnet, estomac, vessie, vésicule biliaire. Ne pouvant retourner le corps du possédé-malade on retourne le corps d'un animal, identifié au sujet par déplacement permettant ainsi un retournement symbolique du corps du sacrifiant». En recouvrant, par onction, application ou ablution, le corps du patient, le thérapeute opère un retournement symbolique du corps. L'extérieur devient intérieur, le contenu, contenant. On fait peau neuve grâce à un cycle mort/résurrection. Le sacrifice apparaît peut-être comme le lien de rencontre entre l'agresseur et sa victime dont il renverse les rapports négatifs en les retournant en un sens positif de guérison.

h) Fonction de *l'objet*. La thérapie en milieu Yaka ne fait qu'un usage modéré de la parole, mais s'appuie davantage sur le rythme musical, principalement sur les objets et sur la mise en scène (la théâtralisation). L'objet (la plante médicinale, le médicament, le fétiche, l'amulette autour du cou) contient le souvenir de la relation (transférentielle) entretenue avec le thérapeute: «Si je ne porte pas mon fétiche, il m'arrivera malheur». L'objet socialise ou atténue à la fois l'attente et l'illusion. Pareil objet, quelque peu énigmatique, comme la crête d'un coq pendue au cou en cas d'impuissance, tout comme la douleur que comportent les épreuves initiatiques au cours de la thérapie, invitent le sujet à maintenir un cadre interrogatif ouvert: «est-ce un jeu». Il l'engage en outre à essayer d'accéder à une vérité ou un savoir supérieur qui n'est accessible que par les actes de l'initiation en dehors desquels cette vérité demeure indéfinis-

sable et dont le garant est précisément l'accomplissement du rite lui-même.

En résumé, la mise en pratique des nombreuses thérapies traditionnelles peut se faire grâce au principe de déconstruction et de reconstruction, et à la mise en rapport entre définition et norme. Ils procèdent du maniement systématique des paradoxes, à la façon du sculpteur qui manie les dimensions de l'espace (dedans-dehors, haut-bas, gauche-droite, incorporation-expulsion) pour donner à son oeuvre le relief et la profondeur «historique» et la densité psychique du vivant. La maladie exprime le bouleversement de l'unité corporelle, du schéma corporel, de l'insertion spatiale et temporelle au sein du groupe et dans l'univers. Le corps, en particulier la peau, les orifices, les sens et les facultés de communication, deviennent le lieu privilégié d'échanges et de rencontres. C'est pourquoi la superficie du corps et ses orifices constituent un des lieux privilégiés de la guérison; en effet, c'est sur la surface du corps que toutes les activités manifestes sont exécutées, par le biais d'objets médiateurs, qui fonctionnent comme opérateurs symboliques du transfert (Nathan, 1987).

Le thérapeute restitue à la peau et aux diverses fonctions orificielles leur statut de frontière et de passage ou de lien entre le dedans et le dehors, le haut et le bas, l'homme et la femme, la mère et l'enfant, etc., et réorganise ainsi l'unité de l'individu. Qui plus est, la thérapie est une liturgie communautaire et cosmique. Les cures traditionnelles s'apparentent bien souvent à de véritables socio-drames qui articulent, synchroniquement et diachroniquement, une multiplicité d'entités invisibles, de principes et processus symboliques, d'acteurs, de rapports, d'enjeux, de règles et d'axiomes sociaux (Turner, 1968).

Dans une atmosphère de corps à corps, le groupe et son environnement quotidien se mettent en scène et les membres réactualisent leurs solidarités et réconfortent leurs cohésions familiales. La communauté, la scène du rite, voire tout le drame thérapeutique offrent un espace-temps, une organisation maniable et qui forme les correspondants métaphoriques d'un organe, d'affects, d'énergies, de fonctions du corps: il se crée entre les formes, les processus du corps et les formes des choses, entre les hommes et les choses, une connivence que l'exfoliation de l'espace du corps dans l'espace-temps du rite va mettre à profit (Devisch, 1987). Comme l'exprime si bien Zempléni (1982, p. 14), «en ce sens, la médecine traditionnelle est l'art de l'articulation des états des corps eux-mêmes avec les états des corps sociaux au moyen du symbolisme magico-religieux».

6. La cérémonie de fin des soins

Les grands rites de guérison se concluent habituellement dans un climat de grande fête (Devisch, 1984). En milieu urbain, amis, parents et voisins de quartier y sont associés (Corin, 1979). La famille participe aux frais de la fête. Cette manifestation de joie intense signifie pour l'ancien malade la fin des tensions auxquelles il a été soumis, et la reconnaissance, par la communauté, de son nouveau statut d'être-en-bonne-santé. Elle authentifie aux yeux de tous l'accès à la guérison, à une nouvelle condition humaine.

Mieux encore, au terme de la cure des liens d'unité et de confraternité se nouent entre les anciens malades, d'une part, et entre ceux-ci et le thérapeute, d'autre part. Ainsi par exemple, à la fin de sa réclusion, l'ancien malade se rend auprès de son thérapeute et lui dit: «Je suis venu pour sortir d'entre tes jambes», c'est-à-dire pour renaître de toi. Ainsi voit-on que le thérapeute est désormais assimilé à un parent par alliance, parent qui en même temps libère l'autonomie de son client. Cette autonomie est ratifiée par la remise des honoraires et d'un habit au thérapeute, ce qui connote à la fois réhabilitation et séparation (Devisch, 1984).

7. Conclusions et perspectives

Peut-on associer la médecine occidentale et celle des tradipraticiens? Les considérations qui précèdent peuvent avoir donné faussement l'impression que les pratiques thérapeutiques des guérisseurs se limitent aux rites de guérison à portée psychothérapeutique reflétant en outre les postulats anthropologiques et métaphysiques de base de leurs cultures originelles sur lesquels se fonde leur efficacité propre.

En réalité, tant au niveau des méthodes diagnostiques que des traitements, on peut parler d'aspects de biomédecine chez les tradipraticiens. Ainsi, pour poser le diagnostic, ceux-ci procèdent à l'anamnèse, à l'examen clinique du malade (notamment des excrétions: selles, vomissures, urines, etc.). Quant aux traitements, ces derniers ont également recours à une physiothérapie, à des formes de chirurgie (par exemple, la circoncision, l'incision d'abcès mûrs, etc.), à l'orthopédie en cas de traitement des fractures et des luxations (Tamba, 1982). Nous nous trouvons ici face à un vaste domaine à l'étude duquel l'ethnographie médicale pourrait elle aussi apporter une contribution appréciable.

Cette étude aurait pu insister davantage sur la part de jeu et d'illusion dans les thérapies rituelles (jeu et illusion considérés dans leurs potentialités créatrices). En effet, et pour ne citer que ce seul exemple, chez les Yaka, nombre de thérapeutes apparaissent souvent espiègles, voire malicieux. Par la parole, le regard, le toucher, ils développent avec les responsables du patient et avec celui-ci des rapports ludiques. Ces rapports sont à l'image des rapports de plaisanterie (*mokasana*) entre l'oncle et ses neveux utérins (Devish, 1990). Cet aspect de jeu est, nous semble-t-il, enraciné dans un élément religieux qui lui-même influence l'affirmation et la simulation dans un jeu

continu. Les gestes sacrificiels si fréquents dans les cures rituelles assimilent les dieux, les esprits, les génies aux hommes. Comme les hommes, ils boivent et mangent, mais en même temps ils précisent la distance qu'il y a entre l'ordre des hommes et l'univers des esprits. Par le jeu sacrificiel, l'homme tente de transgresser ses propres limites.

La scène des rituels thérapeutiques qui incluent des moments de détente festive et se clôturent par eux est elle-même ouverte à l'imagination, à l'improvisation, à l'irruption inattendue du sacré et cela, notamment, dans les manifestations de la transe (Mbonyinkebe, 1988). Elle est un espace ouvert à la créativité du sujet.

Dans les limites qui sont les siennes, notre étude suggère, d'une part, la nécessité, pour les enquêteurs sur le terrain, de prendre en compte toute la réalité des systèmes de soins dits traditionnels, et d'autre part de procéder à des investigations concernant les savoirs et pratiques qui leur sont rattachés. Ces recherches se feront d'un point de vue anthropologique, étant entendu que les autres aspects appartiennent aux sciences naturelles et médicales. Toute la spécificité anthropologique et métaphysique des soins prodigués par les tradipraticiens fonde précisément l'efficacité de ces thérapies, et la faire disparaître équivaudrait à en faire un corps mort (Bibeau, 1983, p. 48). La meilleure attitude consiste à reconnaître en un premier temps la rationalité propre de ces systèmes de soins et faciliter les communications. Les scénarios de collaboration entre la biomédecine et les systèmes de soins traditionnels devraient ensuite inclure une circulation opportune et contrôlée au niveau des connaissances médicales confirmées entre les deux, soit que le thérapeute traditionnel envoie des cas aux services médicaux occidentaux, soit que se produise l'inverse.

R. Devisch et Mbonyinkebe Sebahire (*)

(*) Mbonyinkebe Sebahire a participé à l'enquête que l'institut de recherche scientifique a conduite, de 1976 à 1978, en milieu de tradipraticiens (Bibeau, 1979; 1984). Plus tard, il a poursuivi ses recherches en milieu de tradipraticiens kwangolais à Kinshasa, en vue d'une dissertation doctorale à l'Université de Leuven. Il est membre du Comité directeur de Centre d'étude des religions africaines à Kinshasa.

Les auteurs remercient les Professeurs Janssens et Bibeau pour leurs remarques précieuses.

BIBLIOGRAPHIE

AKERELE O. (1984), WHO's traditional medicine programme: progress and perspectives, — *WHO Chronicle*, 38, 2, pp. 76-81.

ALEXANDER G.A. (1985), Survey of traditional medical practices used for the treatment of malignant tumours in an East African population, — *Social Science and Medicine*, 20, pp. 153-9.

ANDERSSON E. (1978), Nkita: une secte extatique des Téké, — *Arts d'Afrique*, 27, pp. 16-27.

ASCH S. (1983), *L'église du Prophète Kimbangu. De ses origines à son rôle actuel au Zaïre*, Paris, Karthala.

ATIWIYA G. (1971), Le Zebola: thérapie traditionnelle des maladies mentales dans un cadre urbain, — *Psychopathologie Africaine*, 7, pp. 389-416.

BALANDIER G. (1953), Messianismes et nationalismes en Afrique noire, — *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 14, pp. 41-65.

BANNERMAN R.H., BURTON J. & CH'EN W.C. (1983), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, OMS, Genève, 335 p.

BENNETT F.J. et al. (1964), Kiganda concepts of diarrhoeal disease, — *East Afr.Med.J.*, 12, pp. 212-213.

BIBEAU G. (1978), L'organisation ngbandi des noms de maladies, — *Anthropologie et Sociétés*, 2, 3, pp. 83-116.

BIBEAU G. (1979), The World Health Organization in encounter with African traditional medicine, in: ADEMUWAGEN A. (Ed.), *African therapeutic systems*, Watham, Crossroads, pp. 182-186.

BIBEAU G. (1981a), Current and future issues for medical social scientists in less developed countries, — *Social Science and Medicine*, 15A, pp. 357-370.

BIBEAU G. (1981b), The circular semantic network in Ngbandi disease nosology, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 295-307.

BIBEAU G. (1982a), New legal rules for an old art of healing. The case of the Zairian healers' associations, — *Social Science and Medicine*, 16, pp. 1843-1850.

BIBEAU G. (1982b), A systems approach to Ngbandi medicine, in: STANLEY YODER P. (Ed.), *African health and healing systems. Proceedings of a symposium*, Crossroads Press, pp. 43-84.

BIBEAU G. (1983), L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi, — *Culture*, 3, 1, pp. 33-49.

BIBEAU G. (1984), Authenticité et ambiguïté d'une implication dans un Institut africain de recherche, — *Anthropologie et Sociétés*, 8, 3, pp. 95-115.

BIBEAU G. & al. (1979), La médecine traditionnelle au Zaïre: fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé, Ottawa, *CRDI*.

BONNAFE P. (1969), Un aspect religieux de l'idéologie lignagère. Les Nkira des Kukuya du Congo Brazzaville, — *Cahiers des Religions Africaines*, 3, pp. 209-297.

BOUQUET A. (1963), *Féticheurs et médecines traditionnelles du Congo*, Paris-Brazzaville, Orstom.

BUAKASA T.K.M. (1973), *L'impensé du discours, Kindoki*

et nkisi en pays Kongo du Zaïre, Kinshasa, Presses Universitaires du Zaïre.

BUAKASA T.K.M. (1974), Le projet des rites de réconciliation, — *Cahiers des Religions Africaines*, 8, 16, pp. 187-208.

BUAKASA T.K.M. & DIDILLON H. (1981), Le Khiita, une technique yaka de guérison de la stérilité, in: NGINDU MUSHETE (Ed.), *Combats pour un christianisme africain*, Kinshasa, Faculté de Théologie Catholique, pp. 267-288.

CORIN E. (1975), La médecine des guérisseurs à Kisangani, in: VERHAEGEN B. (Ed.), *Kisangani 1876-1976. Histoire d'une ville*, Kinshasa, Presses Universitaires du Zaïre, pp. 241-287.

CORIN E. (1979), A prossession psychotherapy in an urban setting: Zebola in Kinshasa, — *Social Science and Medicine*, 13B, pp. 327-338.

CORIN E. & BIBEAU G. (1975), De la forme culturelle au vécu des troubles psychiques en Afrique, — *Africa*, 45, pp. 280-315.

CORIN E. & MURPHY H.B.M. (1979), Psychiatric perspectives in Africa. Part I: The Western viewpoint, — *Transcultural Psychiatric Research Review*, 16, pp. 147-178.

CORIN E. & MURPHY H.B.M. (1980), Psychiatric perspectives in Africa. Part II: The traditional viewpoint, — *Transcultural Psychiatric Research Review*, 17, pp. 205-233.

DAVIS-ROBERTS Chr. (1979), *Mungu na Mitishamba: illness and medicine among the Batabwa of Zaïre* (dissertation doctorale en anthropologie), University of Chicago.

DAVIS-ROBERTS Chr. (1985), Consciousness in extremity: discourse on madness among the Tabwa of Zaïre, — *Int.J.Psych.*, 20, pp. 569-588.

DEVISCH R. (1984), *Se recréer femme: manipulation sémantique d'une situation d'infécondité chez les Yaka du Zaïre*, Berlin, Collectanea Instituti Anthropos, Dietrich Reimer Verlag.

DEVISCH R. (1985a), Symbol and psycho-somatic symptom in bodily space-time. The case of the Yaka, — *Int.J.Psych.*, 20, pp. 589-616.

DEVISCH R. avec la collaboration de VERVAECK B. (1985b), Autoproduction, production et reproduction: divination et politique chez les Yaka du Zaïre, — *Social Compass*, 32, pp. 111-131.

DEVISCH R. (1985c), Polluting and healing among the Northern Yaka of Zaïre, — *Social Science and Medicine*, 21, pp. 693-700.

DEVISCH R. (1985d), Diagnostic divinatoire chez les Yaka du Zaïre: les axes étiologiques et le sujet de l'énonciation, — *L'Ethnographie*, Paris, 81, 96-97, pp. 197-216.

DEVISCH R. (1986), Marge, marginalisation et liminalité: le sorcier et le devin chez les Yaka du Zaïre, — *Anthropologie et Sociétés*, 10, 2, pp. 117-137.

DEVISCH R. (1987), Tisser la pulsion vitale en fonction symbolique. Lecture anthropologique d'une thérapie traditionnelle: cas des Yaka du Zaïre, Psychothérapies, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 7, pp. 199-208.

DEVISCH R. (1990), The therapist and the source of healing among the Yaka of Zaïre, — *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 (2), pp. 213-36.

DEVISCH R. (1991) Mediumistic divination among the Northern Yaka of Zaïre. Etiology and ways of Knowing, in: Ph. PEEK (Ed.), *African divination systems: Ways of knowing*, Bloomington, Indiana University Press, pp. 104-23.

d'HERTEFELT M. & de LAME D. (1988), Société culture et histoire du Rwanda. Encyclopédie bibliographique 1863-1980/87, — *Ann. Musée R. l'Afr. Cent.*, 2, 29, p. 1849.

DIANGIENDA K. (1984), *L'histoire du Kimbanguisme*, Editions Kimbanguistes, Kinshasa.

DJOMO L. (1981), *Lieux de l'expérience de soi et du sens de soi. Essai sur la compréhension du système de personnalité dans les rapports aux formes constitutives du sens. Le cas de la socio-culture tetela* (thèse de 3e cycle), Université Descartes, Paris.

DUPRE M.-C. (1974), Les femmes Mukisi des Téké-tsaayi: rituel de possession et culte anti-sorcier, — *Journal de la Société des Africanistes*, 44, pp. 53-69.

DUPRE M.-C. (1975), Le système des forces nkisi chez les Kongo, d'après le troisième volume de K. Laman, — *Africa*, 41, pp. 12-28.

DUPRE M.-C. (1978), Comment être femme: un aspect du rituel Mukisi chez les Téké de la République Populaire du Congo, — *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 46, pp. 57-84.

FEIERMAN E.K. (1981), Alternative medical services in rural Tanzania: a physician's view, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 399-404.

FEIERMAN S. (1974), *The Shambaa kingdom: a history*, University of Wisconsin Press, Wisconsin.

FEIERMAN S. (1981), Therapy as a system-in-action in Northeastern Tanzania, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 353-360.

FRANKENBERG R. (1969), Man, society and health: towards the definition of the role of sociology in the development of Zambian medicine, — *Africa social Research*, 8, pp. 573-587.

FRANKENBERG R. & LEESON J. (1974), The sociology of health dilemmas in the post-colonial world: intermediate technology and medical care in Zambia, Zaïre and China, in: DE KADT E. & WILLIAMS G. (Ed.), *Sociology & Development*, Londres, Tavistock, pp. 255-278.

FRANKENBERG R. & LEESON J. (1976), Disease, illness and sickness: social aspects of the choice of healer in a Lusaka suburb, in: LOUDON J. (Ed.), *Social anthopol-*

ogy and medicine, Londres, Academic Press, pp. 223-258.

FRANKENBERG R. & LEESON J. (1977), The patients of traditional doctors in Lukasa, — *African Social Research*, 23, pp. 217-234.

GASARABWE E. (1978), *Le geste rwanda*, UGE, Paris.

GELFAND M. (1964), *Witch doctor: traditional medicine man of Rhodesia*, Praeger, Londres.

GOOD C.M. (1987), *Ethnomedical systems in Africa*, Guilford Press, New York.

JANZEN J. (1978), *The quest for therapy in lower Zaïre*, The University of California Press, Berkerley.

JANZEN J. (1982), *Lemba 1650-1930. A drum of affliction in Africa and the New World*, New York, Garland.

JANZEN J. & PRINS G. (1981), Causalité and classification in African medicine and health, — *Social Science and Medicine*, 15B (numéro spécial), 3, pp. 167-437.

JULES-ROSETTE B. (1981), The urban banganga: folk healers as psychological entrepreneurs, in: JULES-ROSETTE B. (Ed.), *Symbols of change: urban transition in a Zambian community*, Ablex, pp. 129-163.

KIMANI V.N. (1980), Attempts to coordinate the work of traditional and modern doctors in Nairobi, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 421-422.

KIMANI V.N. (1981), The unsystematic alternative: towards plural health care among the Kikuyu of Central Kenya, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 333-40.

KIMANI V.N. et al. (1983), The role of traditional medicine in ophthalmology in Kenya, — *Social Science and Medicine*, 17, pp. 1827-1830.

LAPIKA D. (1983), *Pour une médecine éco-développementale au Zaïre* (dissertation doctorale en sociologie), Université Catholique de Louvain.

LAST M. & CHAVUNDUKA G.L. (1986), *The professionalisation of African medicine*, Manchester University Press & International African Institute.

LEVI-STRAUSS Cl. (1973), *Anthropologie structurale*, II, Paris, Plon.

LIMA M. (1971), *Fonctions sociologiques des figurines de culte Hamba dans la société et dans la culture Tshokwe (Angola)*, Luanda, Instituto de Investigaçao cientifica de Angola.

MAHANIAH K.J. (1977a), Les fonctions religieuses et thérapeutiques du cimetière chez les Congo du Zaïre, — *Psychopathologie Africaine*, 13, pp. 47-70.

MAHANIAH K.J. (1977b), La psychothérapie dans le système médical traditionnel et le prophétisme chez les Congo du Zaïre, — *Psychopathologie Africaine*, 13, pp. 149-196.

MAHANIAH K.J. (1980), Le munkukusa comme structure de guérison chez les Kongo, in: NGINDU MUSHETE (Ed.), *Combats pour un christianisme africain*, Faculté de Théologie Catholique, Kinshasa, pp. 267-288.

MAHANIAH K.J. (1981), La structure multidimensionnelle de guérison à Kinshasa, capitale du Zaïre, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 341-350.

MAHANIAH K.J. (1982), *La maladie et la guérison en milieu Kongo*, Centre de Vulgarisation Agricole, Kinshasa.

MARTIN M.-L. (1971), *Kirche ohne Weisse*, Friedrich Reinhardt Verlag, Bâle.

MASAMBA M.M. (1976), *La libération des envoutés*, Yoaoundé, Editions Clé.

MASAMBA M.M. (1981), Kindoki as diagnostic and therapy, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 405-413.

M'BOKOLO E. (1984), Histoire des maladies, histoire et maladie: l'Afrique, in: AUGE M. & HERZLICH C. (Eds.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, pp. 155-186.

MBONYINKEBE S. (1987), Guérir par la foi? A propos des Eglises afro-chrétiennes, — *Pro Mundi Vita Dossiers*, Dossiers Afrique, 42.

MBONYINKEBE S. (1988), Le thérapeute et le sacré: réflexions à propos des formations sociales du Zaïre, — *Cahiers des Religions Africaines* n° 39-42, pp. 202-334.

MINISTERE DE LA JUSTICE, *Codes et lois du Congo belge*, vol. 3, Lauwers.

MULINDA H.B. (1986), *La société woyo: structures sociales et religieuses* (dissertation doctorale en sociologie), Université Libre de Bruxelles.

NATHAN T. (1987), Prolégomènes à une théorie générale des opérateurs thérapeutiques, — *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 8-9, pp. 7-16.

NYANWAYA D. (1987), A case study of the interaction between indigenous and Western medicine among the Pokot of Kenya, — *Social Science and Medicine*, 25, pp. 1277-1287.

OBENGA T. (1985), Les Bantu: langues, peuples et civilisations, — *Présence Africaine*, Paris.

PIAULT C. et al. (1975), *Prophétisme et thérapeutique, Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Paris, Hermann.

PRINS G. (1979), Disease at the crossroads: towards a history of therapeutics in Bulozi, — *Social Science and Medicine*, 13B, pp. 285-315.

SINDA M. (1972), *Messianisme congolais*, Paris, Payot.

TAMBA V. (1982), Développement de la médecine traditionnelle zaïroise: facteurs importants dans la couverture des soins de santé primaire, in: *Authenticité et développements: actes du colloque national sur l'authenticité*, Paris-Kinshasa, pp. 301-325.

TURNER V. (1968), *The drums of affliction. A study of religious processes among the Ndembu of Zambia*, Oxford, Clarendon Press.

TURNER V. (1975), *Revelation and divination in Ndembu ritual*, Cornell, Ithaca.

VAN BINSBERGEN W. (1981), *Religious change in Zambia*, Kegan Paul International for African Studies Centre, Londres.

VANSINA J. (1966), Introduction à l'ethnographie du Congo, Kinshasa, Ed. Universitaires du Congo, CRISP, Bruxelles.

WINNICOT D.W. (1975), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), The promotion and development of traditional medicine, — *WHO, Technical Reports Series*, 622, Genève.

YODER St. (1981a), Knowledge of illness and medicine among Cokwe of Zaïre, — *Social Science and Medicine*, 15B, pp. 237-246.

YODER St. (1981b), *Disease and illness among Cokwe. An ethnomedical perspective* (dissertation doctorale en anthropologie), University of California, Los Angeles.

YODER St. (1982), Biomedical and ethnomedical practice in rural Zaïre, — *Social Science and Medicine*, 16, pp. 1851-1857.

ZELLER D.L. (1979), Traditional and Western medicine in Buganda: coexistence and complement, in: ADEMUWAGUN Z.A. (Ed), *African therapeutic systems*, Watham, Crossroads Press, pp. 251-255.

ZEMPLENI A. (1982), Anciens et nouveaux usages de la maladie en Afrique, — *Archives des sciences sociales des religions*, 54, pp. 5-19.

ZEMPLENI A. (1984), *Possession et sacrifice*, Le Temps de la Réflexion, Gallimard, 5, pp. 325-352.

ZEMPLENI A. (1985), La «maladie» et ses «causes», —*L'ethnographie*, Paris, 81, 96-97, pp. 13-44.